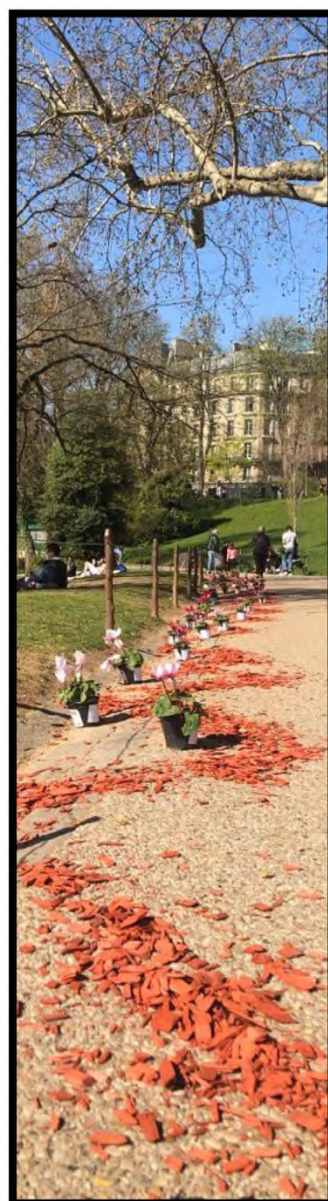


Mortalité des personnes sans domicile 2021

DÉNOMBRER & DÉCRIRE

Rapport annuel | **10ème édition**



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

Rapport Dénombrer & Décrire

Publié le 27 octobre 2022

Paris.

Soutenu par



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

EDITO

Le Collectif Les Morts de la Rue présente, cette année, la 10^{ème} édition de son rapport « Dénombrer & Décrire » (D&D). 10 ans au cours desquels, l'association a eu comme objectif de rendre visible une réalité occultée, parfois oubliée mais pourtant bien réelle : Au moins 620 personnes sans chez soi ont encore trouvé la mort, en 2021, souvent d'une cause méconnue sinon violente, dans la rue ou à l'hôpital, à un âge moyen au décès estimé à 48 ans.

Cette 10^{ème} édition du rapport a été aussi l'occasion pour le Collectif Les Morts de la Rue de questionner son action parfois décriée. Ainsi peuvent nous être remontés des craintes et questionnements parfois légitimes sur notre enquête épidémiologique : « Pourquoi compter ? Qu'est-ce que ça apporte ? » ; « Les personnes sans domicile ont droit à l'oubli » ; « Ce sont des données personnelles et médicales »... Pour cela, une démarche d'évaluation a été entreprise et les résultats, présentés dans le rapport, permettent de rendre compte de l'utilité de ce travail fastidieux et difficile mené par les équipes du CMDR.

Chaque année, les bénévoles de l'enquête épidémiologique enquêtent pour chaque décès signalé afin de retrouver au moins un.e travailleur.se social.e ou un.e bénévole, en tout cas, un.e acteur.rice ayant connu cette personne sans domicile décédée et susceptible de relater son parcours et ainsi de contribuer au projet D&D.

Parfois, les enquêteurs y arrivent. Le parcours de la personne peut alors être décrit de manière très précise. On apprend par exemple que la défunte « *était partie très jeune du domicile familial à cause de violences, qu'elle était toujours souriante mais discrète, qu'elle aimait écouter Gainsbourg* » ou « *qu'il avait traversé la Méditerranée puis l'Italie avant d'arriver en France. Accueilli par une association, il avait pu mener à bien ses démarches et devait entrer au lycée en septembre, ...* ».

Parfois, au contraire, les enquêteurs en charge de l'enquête cherchent mais, en vain, n'arrivent pas à identifier un référent ou au contraire, le retrouvent mais se confrontent à un refus de sa part de communiquer, partager des informations sur cette personne. Parfois encore, le référent est retrouvé mais n'a pas l'information recherchée.

Ces parcours, parfois décrits très précisément ou au contraire de façon particulièrement incomplète, se traduisent, en termes statistiques, par la proportion élevée de données manquantes présente dans les rapports publiés par le CMDR. Ces histoires marquées par des zones d'ombres sont avant tout le témoin de la singularité des trajectoires de ces personnes qui, à un moment donné de leur vie, ont été confrontées à des ruptures : le deuil d'un.e conjoint.e ; un placement dans l'enfance ; une séparation ; un parcours migratoire...

Pour pouvoir accueillir ces réalités complexes, il faut nécessairement des professionnels auprès des personnes sans domicile, à même de répondre à leurs situations et capable de les accompagner, de les aider à ne pas perdre le fil, à s'accrocher, à avancer. Or, aujourd'hui, force est de constater que l'absence de moyens et de réponses adaptées met en difficulté en premier lieu les personnes sans logement mais aussi ceux qui les accompagnent et les soutiennent au quotidien, qu'ils soient professionnels, bénévoles, proches, ... Comme le souligne le Collectif des Associations Unies¹, il y a une urgence sociale que le gouvernement semble simplement occulter.

Pourtant, on sait que les enfants si nombreux cette année à être sans chez soi² peuvent être marqués à jamais par cette période d'errance^{3,4,5}. On sait avec l'enquête Sans Domicile de l'INSEE en 2012 que 15% des personnes sans domicile étaient d'anciens enfants placés. On sait que tous les demandeurs d'asile ne peuvent être pris en charge dans les solutions d'hébergement dédiées (CADA et HUDA), faute de places

¹ Communiqué de presse du CAU, 11 octobre 2022

² Communiqué de presse du CAU, 30 août 2022

³ M. Sandel, R. Sheward, S. Ettinger de Cuba and al. Timing and duration of Pre- and Postnatal homelessness and the health of young children. *Pediatrics*. 2018 ;142(4) :e20174254.

⁴ Unicef. Samusocial de Paris. Grandir sans chez soi. Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants. Synthèse. Octobre 2022

⁵ Observatoire du Samusocial de Paris. Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Octobre 2014

disponibles⁶, ce qui les expose à la rue⁷. On sait que souvent leur parcours migratoire a occasionné des souffrances qui nécessitent une prise en charge spécifique. On sait que les personnes sans domicile sont à risque de mortalité précoce⁸ et qu'il faut notamment prévenir les expulsions locatives. On sait qu'il faut éviter ou limiter les évacuations d'habitats informels car en plus de rompre le lien tissé avec les acteurs locaux et le travail d'accompagnement social, une grande partie des expulsions se soldent par une remise à la rue⁹, selon l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels.

Face à ces constats, il faut agir et c'est possible !

Des occasions nous ont été données de voir la puissance publique à l'œuvre, durant le confinement lors de la pandémie de Covid-19 par exemple. Les décisions prises ont permis de mettre à l'abri et protéger les personnes sans domicile : prolongement de la trêve hivernale¹⁰, maintien puis augmentation des places d'hébergement, mobilisation du parc hôtelier¹¹, mise en place de chèques et tickets de services¹². On le voit encore cette année avec l'accueil aux réfugiés Ukrainiens¹³.

Cela se concrétise aussi par le développement du service public de la rue au logement porté par la DIHAL, par les effets largement positifs des programmes « Un chez soi d'abord » et « Un logement d'abord »¹⁴, par la préparation de la future enquête Sans Domicile de l'INSEE, par le décret mettant fin aux sorties sèches de l'Aide sociale à l'enfance¹⁵.

Malgré cela, au moins 5508 personnes sans chez soi sont décédées depuis 2012, 620 en 2021. C'est un scandale ! Et encore, de nombreux décès échappent à notre attention, tout comme à celle du grand public et visiblement encore plus à celle des politiques.

Les premiers programmes de type *Housing First* ont débuté dans les années 2003-2005. Près de vingt ans plus tard, état et collectivités publiques attendent encore pour résoudre le problème du sans-abrisme ?

Le Collectif Les Morts de la Rue aura 20 ans en 2023. Mais peut-on vraiment se réjouir de cette longévité ? Comptabiliser, décrire de manière scientifique et objective le décès des personnes sans chez soi, tout en interpellant et en dénonçant cette situation sont la base de l'identité du Collectif. Honorer, rendre visible, en un sens donner vie et corps à ces chiffres sans pour autant porter atteinte à l'intimité, à la mémoire du défunt et à son entourage forment le cadre éthique et l'approche humaniste dans lequel les équipes du CMDR évoluent. En cette année particulière et pour la 10^{ème} édition du rapport « Dénombrer & Décrire », le Collectif Les Morts de la Rue ne formule qu'une recommandation, peut-être, la plus ambitieuse pour une structure comme la nôtre : continuer.

- Continuer à rendre visibles ces décès et à être présent pour ces défunts ;
- Poursuivre cette surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi tout en témoignant, non pas seulement, des trajectoires des défunts mais en mettant en évidence les défaillances sociétales à protéger les plus vulnérables.

⁶ P.Dallier. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur la politique d'hébergement d'urgence.Paris, France: Sénat; 2021 mai. Report No.: 632.

⁷ La France a d'ailleurs été condamné par la Cour européenne des droits de l'Homme le 2 juillet 2020 pour traitement inhumains et dégradants car l'accès aux conditions matérielles d'accueil est systématiquement entravé

⁸ C.Vuillermoz, A.Aouba, L.Grout, S.Vandentorren, F.Tassin, M.Moreno-Betancur, et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. Eur J Public Health. 2016;26(6):1028-33.

⁹ Observatoire des expulsions de lieux de vie informels. Rapport annuel de l'Observatoire des expulsions collectives de lieux de vie informels. 1^{er} novembre 2020 – 31 octobre 2021.

¹⁰ Communiqué de presse du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales du 13/03/2020.

¹¹ Communiqué de presse du 21/03/2020.

¹² Communiqué de presse du 20/04/2020.

¹³ Plateforme du gouvernement pour le soutien aux réfugiés ukrainiens

¹⁴ Voir pour cela le livre très intéressant et enrichissant décrivant les différentes évaluations menées sur le programme : N.Chambon, P.Estecahandy, É.Gilliot, M.Hennin. La politique du Logement d'abord en pratique. Presses de Rhizome; 2022. 248 p. (Théma)

¹⁵ Décret n° 2022-1125 du 5 août 2022 relatif à l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs et des mineurs émancipés ayant été confiés à l'aide sociale à l'enfance

SOMMAIRE

L'objectif principal de ce rapport est de présenter les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité réalisée par le Collectif Les Morts de la Rue depuis dix ans maintenant. Il s'attachera notamment à décrire les décès survenus en 2021 et de les comparer, d'une part, à ceux survenus au cours de la période 2012-2020 et d'autre part à ceux de la population générale. Enfin, le rapport décrira certains groupes spécifiques de personnes sans chez soi décédées.

Cette 10^{ème} édition du rapport a été aussi l'occasion pour le Collectif Les Morts de la Rue de questionner son action. Pour cela, une démarche d'évaluation a été entreprise et les résultats, présentés dans le rapport, permettent de rendre compte de l'utilité de ce travail fastidieux, difficile, et ô combien nécessaire.

10 ans de surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi. 10 ans et plus de 5 500 personnes décédées recensées (et encore beaucoup échappent à notre surveillance) et pour lesquelles les équipes Dénombrer & Décrire du Collectif Les Morts de la Rue ont tâché de leur rendre hommage, en recherchant les acteurs ayant pu les côtoyer, les suivre, en recueillant des informations sur leurs parcours, en interpellant.

EDITO	PAGE 3
PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	PAGE 7
EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DECRIRE AU CMDR	PAGE 9
REMERCIEMENTS	PAGE 11
LISTE DES ABREVIATIONS	PAGE 13
CHAPITRE 1 MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2021	PAGE 15
Recensement et description des personnes sans domicile décédées en 2021	
CHAPITRE 2 EVALUATION DU SYSTEME DE SURVEILLANCE	PAGE 93
Évaluation des différentes caractéristiques du dispositif mis en œuvre par le CMDR par une approche évaluative mixte	
CHAPITRE 3 LES ENQUETES COLTS ET BECOL	PAGE 177
Agir avec et pour le Collectif Les Morts de la Rue : enquête qualitative auprès des enquêteurs bénévoles du projet D&D et des acteurs du secteur de l'AH-L contribuant à l'enquête	
CHAPITRE 4 ENQUETE RECOL	PAGE 203
Pratiques face aux décès de personnes sans domicile ou anciennement sans domicile chez les intervenants exerçant dans le domaine de AH-L, du logement accompagné, de l'intermédiation locative ou des établissements médico-sociaux.	

PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) est une association de loi 1901, créée en 2003¹⁶ qui regroupe des acteurs de terrain, une cinquantaine d'acteurs associatifs et des personnes elles-mêmes en situation de sans abri, tous en lien permanent avec les personnes en situation de précarité.

Il se donne pour mission de faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée, de dénoncer les causes souvent violentes de ces morts, de veiller à la dignité des funérailles et enfin de soutenir et d'accompagner les proches et les professionnel.les en deuil.

Le Collectif Les Morts de la Rue se compose **d'une équipe de professionnels salariés et intervenants indépendants, des volontaires en Service Civique et plus de 150 bénévoles.**

- **L'hommage public aux Morts de la Rue** est réalisé chaque année depuis 2003. En 2022, cet hommage a pris la forme d'une marche silencieuse entre Jaurès et le Parc des Buttes Chaumont, Paris 19^{ème}.
- **L'accompagnement des Proches en Deuil (PED)** : Depuis ses débuts, le CMDR est en lien avec des proches de personnes décédées à la rue : familles, amis, associations, ... Ces personnes contactent Le Collectif Les Morts de la Rue pour signaler un décès, obtenir des renseignements à propos d'un proche mort à la rue ou parce qu'elles sont inquiètes pour une personne disparue. Elles sont accueillies par téléphone ou dans les locaux du CMDR et sont soutenues par les équipes de PED pour faire face à cet événement tragique. Depuis 2010, un accueil en groupe des proches en deuil a été mis en place afin de libérer la parole, témoigner, se reconforter les uns les autres.
- **La formation et l'appui aux acteurs** confrontés aux décès :
 - Des débriefings avec des personnes hébergées, des bénévoles ou des travailleurs sociaux confrontés à un décès
 - Des formations « Boîte à Outils ». Ces interventions sont organisées afin de mettre à disposition des professionnels des outils leur permettant de mieux faire face aux situations de décès (support administratif et juridique, éclairages sur le droit des personnes, rôle de la personne de confiance ou comment mettre en place et gérer un testament).
 - Des formations sur-mesure pour des structures confrontées aux décès et souhaitant sensibiliser l'ensemble de leurs professionnels.
- **Faire vivre la mémoire des morts de la rue** : des binômes de jeunes volontaires en service civique se succèdent tous les 6 mois au sein du Collectif Les Morts de la Rue. Ils travaillent spécifiquement sur la mission « Mémoire des morts de la rue ». Celle-ci consiste via des enquêtes de terrain, à Paris, à recueillir des témoignages et des anecdotes sur la vie des femmes et des hommes dont le Collectif apprend le décès. Par le biais du blog Mémoire des Morts de la Rue¹⁷, les différents binômes retracent des parcours de vie et tentent surtout d'apporter un regard neuf sur qui étaient ces personnes. Les volontaires en service civique apportent aussi une aide dans la réalisation de l'étude Dénombrer & Décrire.
- **L'accompagnement des morts isolés**¹⁸ en convention avec la Ville de Paris : L'Institut Médico-légal et les Services Funéraires de la Ville de Paris informent l'équipe PED des corps que nul n'a réclamés. Des bénévoles accompagnent alors les défunts au cimetière Parisien de Thiais et leur rendent un hommage individuel grâce aux informations recueillies par PED. Une trace écrite en est conservée au CMDR afin de pouvoir rendre compte aux familles (qui apprennent parfois le décès avec retard) de ce qui s'est passé, du texte qui a été lu, de la fleur qui a été déposée. Plusieurs centaines de défunts sont accompagnés chaque année, par une soixantaine de bénévoles.

¹⁶ JO du 19 avril 2003 N°1548

¹⁷ <https://memoiredesmortsdelarue.wordpress.com/>

¹⁸ Les personnes isolées ne sont pas toutes sans chez soi. En 2021, le CMDR a accompagné les funérailles de 336 morts isolés, au moins 88 étaient sans chez soi.

- Le CMDR mène également des actions de communication, de mobilisation et d'interpellation (campagnes de presse, site internet et réseaux sociaux). Des actions sont menées auprès des communes qui ne respecteraient pas l'obligation d'inhumer les personnes dépourvues de ressources suffisantes. Le CMDR est membre du Collectif des Associations Unies (CAU) pour une nouvelle politique du logement, et participe activement à ses actions de communication.
- Enfin, chaque année, est organisé le « Forum des Associations et Collectifs » qui permet la rencontre des associations et collectifs engagés dans l'accompagnement des Morts isolés et/ou des Morts de la rue. Chaque association est indépendante et possède une histoire et des objectifs qui lui sont propres. Ces différences font la richesse de ces rencontres qui se poursuivent de manière plus informelle tout au long de l'année. Cette année le forum s'est déroulé le samedi 21 mai 2022.
- **L'étude Dénombrer & Décrire (D&D)** à laquelle se consacrent les 2 professionnels épidémiologiste et coordinatrice de l'équipe des enquêteurs, les volontaires et bénévoles. Bien que le CMDR ne soit pas une unité de recherche, l'équipe D&D recense les décès de personnes sans domicile sur l'ensemble du territoire français et mène des enquêtes afin de retracer leur parcours. Il intègre bien entendu les personnes sans domicile décédées sous X. Ce travail se conclut chaque année par la publication du rapport Dénombrer & Décrire qui décrit la mortalité des personnes sans chez soi en France.

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

Comité de pilotage

Julien AMBARD,	Louise LESPAGNOL,
Martine DEVIN,	Sophie PAPIEAU,
Chrystel ESTELA,	Raphaël PETIT,
Géraldine FRANCK,	Philippe RENARD,
Bérangère GRISONI,	Cécile ROCCA,
Danièle KOGEL,	Marie-Christine TARDIEU

Comité Consultatif

Maya ALLAN, épidémiologiste à l'OMS, épidémiologiste du CMDR (2014-2017)	Louise LESPAGNOL, coordinatrice de l'équipe D&D (2021-2022)
Julien AMBARD, épidémiologiste du CMDR (2019-2022)	Raphaël PETIT, coordinateur de l'équipe D&D (2019-2021)
Eveline CLEYNEN, collaboratrice cellule de crise chez Sciensanok épidémiologiste du CMDR (2017-2018)	Cécile ROCCA, coordinatrice du CMDR (2003-2022)
Chrystel ESTELA, coordinatrice du CMDR	Roger SALAMON, professeur de santé publique, ancien président du Haut Conseil de la santé publique
Bérangère GRISONI, présidente du CMDR	Sheïma SALMI, chargée d'études hébergement logement, ancienne enquêtrice de D&D
Lise GROUT, épidémiologiste chez Epicentre, épidémiologiste du CMDR (2012-2014)	Marie-Christine TARDIEU, médecin du travail retraitée et ancienne enquêtrice de D&D
Carole Lardoux, responsable de l'observation sociale à la FAS	
Ghislain LEDUC, épidémiologiste chez Epicentre et anciennement chez Santé Publique France.	

Équipe Dénombrer & Décrire

Clémentine BATTISTEL	Marine LAVAGNA
Jordan BERQUIER	Louise LEFRANCOIS
Dominique BONNET	Odile MAUMY
Caroline DAVID	Maeva MAZE
Martine DEVIN (ponctuellement)	Marianne MONSAURET
Olivier DONNAT	Stéphanie MOREL
Paul FOYART	Alice MROZ
Naïma GOUILHEM	Vincent PETRILLI
Alix GUILLET	Charlotte POCCECHI
Eva HAMZA	Pierre SEUZARET
Aurélien HOFFSTETER	Chloé SUN
Eléonore KUBIK	

Financement du projet

Ce projet a été financé en grande partie par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et aujourd'hui la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement. Le complément vient des fonds propres du CMDR (adhésions et dons).

REMERCIEMENTS

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

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

Merci à la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) d'avoir renouvelé sa confiance au Collectif Les Morts de la Rue en augmentant sa subvention.

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

Enfin, un grand merci à toute l'équipe du Collectif Les Morts de la Rue, salariés, collaborateurs indépendants, volontaires en service civique et bénévoles, qui a participé au projet « Dénombrer et Décrire ». Un merci spécial à Aurélie pour la réalisation et la rédaction des enquêtes du chapitre 3, et à Marie-Christine, Maya, Louise et Louise, Carole, Chrystel, Bérangère et Ghislain pour la relecture. Le comité de pilotage et le comité consultatif remercient particulièrement Julien Ambard, épidémiologiste en charge du présent rapport.

Ce travail n'aurait pu se faire sans votre investissement, votre enthousiasme et votre rigueur.

LISTE DES ABREVIATIONS

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

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

CHAPITRE 1 - MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2021

Recensement et description des
personnes sans domicile décédées en
2021

TABLE DES MATIERES DU CHAPITRE 1

LISTE DES FIGURES	17
LISTE DES TABLEAUX	18
INTRODUCTION	19
METHODES	21
Surveillance de la mortalité	21
Données recueillies	22
Analyse des données	22
Considérations éthiques et réglementaires	22
RESULTATS	23
2021, année post-COVID-19	23
Un recensement en augmentation ?	23
Les personnes sans chez soi décédées en 2021	27
Des décès qui touchent surtout les hommes de plus de 25 ans	28
Des personnes seules décédées dans la rue et dans la région la plus peuplée de France	28
Une mortalité saisonnière ?	31
Des décès violents plus fréquents en province	32
Des états de santé encore méconnus	33
Un parcours partiellement connu	34
Des parcours singuliers	37
Au moins un an d'errance ?	37
Personnes sans chez soi & population générale	38
Les 18-25 ans (2012-2021)	46
Les mineurs (2012-2021)	50
Les Anciens sans chez soi (2012-2021)	54
DISCUSSION	61
Les Sans Chez Soi	61
Publics spécifiques	64
Limites	65
Perspectives	65
Conclusion	65
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	69
Annexe 1 – Sources de signalement	69
Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR	70
Annexe 3 – Associations et Collectifs d'accompagnement des morts de la rue	71
Annexe 4 – Veille médiatique	72
Annexe 5 – Fiche de signalement	73
Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données	74
Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR	84
Annexe 8 – Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS	86
Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Évolution du nombre de décès recensés par le CMDR depuis 2012	23
Figure 2 - Représentation de la part des décès recensés par le CMDR en 2021 selon l'estimation de C.Vuillermoz.....	25
Figure 3 - Répartition selon la classification ETHOS des personnes sans chez soi décédées en 2021 et en 2020 et recensées par le CMDR	26
Figure 4 - Évolution des décès des SCS selon leur pays d'origine, hors France, depuis 2012.....	28
Figure 5 - Évolution des lieux de décès des SCS depuis 2012.....	29
Figure 6 - Répartition des décès des personnes Sans Chez Soi depuis 2012 selon la région de décès.....	29
Figure 7 - Distribution des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2021 (n=2841, 147 dates manquantes).....	31
Figure 8 - Évolution des causes principales de décès depuis 2012	33
Figure 9 - Principales pathologies parmi les SCS avec une information de santé.....	34
Figure 10 - Évolution des situations de vie au cours du temps parmi les SCS.....	36
Figure 11 - Pyramide des âges au décès entre population générale et personnes SCS en 2021	39
Figure 12 - Comparaison des âges de décès selon la classe d'âge et le pays de naissance entre la population générale et les SCS.....	39
Figure 13 - Distribution des décès de la population générale et des SCS selon la semaine de décès, en 2021	40
Figure 14 - Représentation des 6 principales régions de décès en 2021 selon le pays d'origine, population générale et SCS.....	42
Figure 15 - Décès selon l'âge et le lieu en population générale en 2016	43
Figure 16 - Décès selon l'âge et le lieu pour les SCS en 2021.....	43
Figure 17 - Causes de décès selon l'âge en 2014, Population générale	44
Figure 18 - Causes de décès selon l'âge en 2021, Personnes sans chez soi.....	44
Figure 19 - Distribution des causes de décès selon la classe d'âge et le pays d'origine parmi les SCS décédés en 2021.....	45
Figure 20 - Évolution de la proportion des 18-25 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (SCS, R-SCS, A-SCS, N=6 350)	46
Figure 21 - Distribution des 18-25 ans décédés entre 2012 et 2021 selon leur pays d'origine représentés selon leur nombre absolu, n=114)	48
Figure 22 - Évolution de la proportion des moins de 18 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (SCS, A-SCS, R-SCS, N=6 350, 2012-2021)	50
Figure 23 - Distribution des décès des mineurs selon le sexe et la classe d'âge parmi les 125 cas recensés par le CMDR entre 2012 et 2021 (1 donnée manquante)	50
Figure 24 - Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les mineurs, parmi les 5 principaux pays d'origine hors France, CMDR 2012-2020	52
Figure 25 - Distribution des A-SCS et de la population générale selon le pays d'origine et la catégorie d'âge, décès de 2021.....	56
Figure 26 - Décès selon l'âge des A-SCS et le lieu du décès entre 2012 et 2021.....	57
Figure 27 - Principales pathologies chez les SCS et les A-SCS pour lesquels une information de santé était disponible sur la période 2012-2021.....	58
Figure 28 - Diagramme de flux des 4 derniers lieux d'habitation connus pour les A-SCS décédés en 2021	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Définition de cas de la surveillance du CMDR	21
Tableau 2 - Distribution de la mortalité parmi les personnes sans chez soi recensées par le CMDR entre 2012-2020 et 2021	27
Tableau 3 - Distribution des causes de décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2020 et sur la période 2012-2019	32
Tableau 4 - Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2020	37
Tableau 5 - Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2021 et la population générale décédée en France, INSEE 2021	38
Tableau 6 - Pathologies identifiées parmi les personnes de 18 à 25 ans décédées et recensées par le CMDR entre 2012-2021 et pour lesquelles une information de santé était existante	49
Tableau 7 - Comparaison des principales caractéristiques des personnes A-SCS, 2012-2021	54
Tableau 8 - Comparaison des principales caractéristiques des A-SCS décédés et recensés sur la période 2012-2020 par rapport à 2021	59
Tableau 9 - Données de santé des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France	87
Tableau 10 - Suivi administratif des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France	88
Tableau 11 - Données relatives à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France	90
Tableau 12 - Données sur l'errance et l'hébergement des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France	91

INTRODUCTION

En 2012, l'INSEE et l'INED (1), estimaient à près de 142 900 personnes le nombre de personnes sans domicile sur le territoire français. Ces données datent aujourd'hui de près de 10 ans et sont probablement sous-estimées au regard des différentes crises auxquelles la France et plus généralement l'Union Européenne ont dû faire face. Faute d'études plus récentes et malgré les différentes initiatives comme les « Nuits de la Solidarité » mises en œuvre dans plusieurs villes françaises, la Fondation Abbé Pierre, dans son rapport sur le mal logement de 2022 (2) estime que près de 300 000 personnes sont sans domicile en France dont 40 000 personnes sans abri.

Pour autant, l'étude de l'INSEE demeure encore la source la plus complète à l'échelle nationale. Elle a permis de mettre en évidence que 77% des personnes sans domicile étaient âgées de 18 à 49 ans, 38% étaient des femmes. 26% des personnes vivaient en couple et 29% étaient accompagnés d'enfants. Elles étaient 62% à vivre seules. 10% étaient sans abri, passant ainsi la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (3).

Le sans-abrisme a un impact majeur sur la santé des personnes (4). Les personnes sans domicile sont plus à risque de tuberculose (et d'autres maladies respiratoires), de traumatismes, de maladies sexuellement transmissibles et de troubles nutritionnels. L'étude SAMENTA (5) réalisée par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'INSERM en 2010, estime qu'un tiers des personnes sans logement personnel en Île-de-France souffre de troubles psychiatriques sévères, de troubles de l'humeur (troubles psychotiques, dépressifs) ou de troubles anxieux et pointe le risque important de rupture sociale. Elle estime également que la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, mésusage de médicaments) touchent 30% du public concerné. L'étude HYTPEAC (7) réalisée en 2011 en France auprès de personnes sans abri (au sens de l'INSEE¹⁹) identifie la fréquence élevée de certaines pathologies dermatologiques et relève des différences importantes entre les personnes ayant recours aux dispositifs d'hébergement et celles en situation de rue.

Ces conditions de vie et un état de santé dégradé entraînent des répercussions importantes sur la mortalité. L'espérance de vie à 30 ans est inférieure de 11 ans chez les hommes et de 16 ans chez les femmes sans domicile par rapport à la population générale à Rotterdam (8). S.W. Hwang (9), à Toronto, estime à 48 ans, l'âge moyen au décès des personnes sans domicile résidant en hôtel, en abri ou en structures d'hébergement. Enfin, J. Romaszko (10) évalue à 17,5 ans, la différence d'âge moyen au décès entre population sans domicile et population générale dans la ville d'Olsztyn (Pologne).

Les différentes études portant sur les causes de décès des personnes sans domicile pointent régulièrement les conséquences de l'usage de substances psychoactives (11) (12) (13). Ces personnes ont également un risque plus élevé de décès par maladies infectieuses (13)(9), maladies de l'appareil digestif (9)(13)(11)(14), tumeurs (13)(9)(11), maladies cardiovasculaires et respiratoires (13)(9)(11)(14). Les causes externes sont également responsables d'un nombre élevé de décès (intoxications, suicides, agressions et accidents) (15)(9)(11)(16). Elles représentent près de 34% des décès dans une cohorte finlandaise (17). Cette étude de A. Stenius-Ayoade (17) montre que l'avancée en âge et un recours plus fréquent à des hospitalisations (hors soins psychiatriques) sont des facteurs prédictifs de la mortalité des personnes sans abri encore plus marqués qu'en population générale. Le niveau d'éducation, le mariage, l'emploi qui sont des facteurs généralement protecteurs de mortalité n'apparaissent pas comme tels pour les personnes sans domicile. A. Stenius-Ayoade considère ainsi que l'effet du sans-abrisme sur la mortalité est tel que ces facteurs protecteurs ne comptent plus.

En France, les données relatives à la mortalité des personnes sans domicile sont en revanche très limitées. C'est pour répondre à cette invisibilité statistique et alerter les acteurs publics que le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) milite depuis sa création en 2003 en réalisant un travail minutieux et essentiellement bénévole de recensement des décès de personnes sans domicile.

En 2011, un rapport du cabinet Cemka-Eval commandité par l'ONPES (18) pointait la rareté des bases de données disponibles sur le sujet, tout comme O. Cha (19) en 2013. Les résultats de la consultation menée

¹⁹ N'ayant pas recours à des structures d'hébergement et dormant dans des lieux non prévus pour l'habitation.

par l'ONPES ont conduit à reconnaître l'action du CMDR et à considérer sa base de données comme la plus exhaustive.

Ce faisant, depuis 2012, le CMDR bénéficie du soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et aujourd'hui de la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL)²⁰ afin de structurer et d'améliorer la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile.

Chaque année, les résultats sont ainsi publiés dans le rapport « Dénombrer & Décrire », dont le présent document en est la 10^{ème} édition. Ce soutien a également conduit à une collaboration avec l'INSERM-CépiDc (institution qui coordonne et gère le registre national des causes médicales de décès en France) permettant la réalisation de deux études :

- Une estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France (20) : 6730 décès sur la période 2008-2010, soit un peu plus de 2000 décès annuels.
- Une analyse des causes de mortalité des personnes sans domicile par rapport à la population générale en France (21) : les décès dus à des maladies cardiovasculaires et digestives, les problèmes de santé mentale et de troubles du comportements sont plus fréquents parmi les personnes sans domicile que dans la population générale. Elle a également constaté que bien que la mortalité des personnes sans-domicile soit plus élevée durant l'hiver que pour la population générale, une grande partie de ces décès surviennent tout au long de l'année, le froid ne pouvant donc être considéré comme la principale cause de surmortalité des personnes sans domicile.

L'objectif principal de ce rapport est de présenter les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR depuis dix ans maintenant. Il s'attachera notamment à décrire les décès survenus en 2021 et de les comparer, d'une part, à ceux survenus au cours de la période 2012-2020 et d'autre part à ceux de la population générale.

Enfin, le rapport décrira certains groupes spécifiques de personnes sans chez soi décédées.

²⁰ A la suite de la publication des décret n°2021-322 et 326 du 25 mars 2021, la DIHAL a vu ses missions élargies, notamment la mise en œuvre du service public de la rue au logement qui promeut l'accès direct au logement et l'accompagnement des personnes sans domicile vers une insertion durable. Conséquences du décret n°2021-324, un transfert des missions exercées par la DGCS relatives à la politique de la veille sociale, d'accueil et d'hébergement des personnes sans abri et mal logées à la DIHAL.

METHODES

Surveillance de la mortalité

La surveillance réalisée par le CMDR a pour objectif de recenser l'ensemble des décès de personnes sans domicile survenant chaque année sur l'ensemble du territoire français²¹. Elle a pour objectifs spécifiques d'en décrire le profil, le parcours et les causes de décès²². Elle vise ainsi à identifier des facteurs de risque et aider à formuler des recommandations quant aux stratégies de prévention et de prise en charge de cette population vulnérable, tout en rendant hommage annuellement à toutes ces personnes décédées qui ont connu à un moment de leur vie un parcours à la rue. Elle a pour finalité d'alerter les différentes parties prenantes quant à la vulnérabilité de cette population et d'inciter à l'action.

Le CMDR s'appuie pour cela sur un réseau de partenaires et d'acteurs en constante évolution (Annexe 1). Il se compose d'acteurs associatifs impliqués au quotidien auprès des personnes sans domicile dans l'accueil, l'hébergement ou encore l'insertion (Annexe 2), également de collectifs et associations d'accompagnement des morts de la rue et/ou des morts isolés (Annexe 3), de partenaires institutionnels, de médias (Annexe 4) et de particuliers. Ces différentes sources participent, de fait, à la surveillance active de ces événements par une démarche volontaire de signalement des décès (Annexe 5).

A réception d'un signalement, le CMDR initie un premier travail de vérification et confirmation en utilisant la définition de cas présentée dans le tableau 1²³.

Tableau 1 - Définition de cas de la surveillance du CMDR

Définition de cas	Catégories spécifiques
Personne « Sans chez soi » : toute personne ayant principalement* dormi au cours des 3 derniers mois précédant le décès dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou dans une structure d'hébergement	Sans chez soi « en situation de rue » , ayant dormi principalement* : - Dans des lieux non prévus pour l'habitation (cave, cabane, voiture, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, partie commune d'un immeuble, chantier, tente, métro, gare, rue, pont, toilette publique, parking, square/jardin, ...) - Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin - Dans un dispositif temporaire mis en place dans le cadre du plan hivernal ou plan grand froid (gymnase réquisitionné)
	Sans chez soi « Hébergé » : ayant dormi principalement* : - Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (foyer d'urgence, centre de stabilisation, CHRS, Hôtel social, Asile de nuit, LHSS, LAM, ...) - Dans un logement squatté (logement occupé sans droit ni titre) - Dans un logement s'il est hébergé par un ami ou de la famille faute de ne pouvoir avoir son propre logement - Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (si cette situation est non pérenne)
	« Probablement sans chez soi » : si la personne appartenait à l'une de ces deux catégories mais que le type exact d'habitat n'est pas connu
Personne « Ancien sans chez soi » : toute personne ayant été à un moment de la vie dans une situation sans chez soi mais qui, au décès, dormait principalement* au cours des 3 derniers mois dans un logement personnel (parc social ou privé) ou un logement accompagné (maisons-relais, résidences sociales, pensions de famille, EHPAD, ...).	
Personne « Récemment à la rue » : toute personne ayant perdu son logement depuis moins de 6 semaines	

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

²¹ France métropolitaine, Départements et Collectivités d'Outremer.

²² Age, sexe, lieu de décès, causes de décès, parcours.

²³ Depuis 2020, le CMDR reprend le terme de personnes « sans chez soi » plutôt que le terme « SDF » utilisé dans les précédents rapports. En effet, le terme « sans chez soi » correspond d'avantage à la population étudiée. Les définitions ne changent pas.

Cette première étape repose sur l'exploration des données et contacts disponibles lors de la transmission du signalement. Elle mène à interroger les bases de données disponibles en open data (Fichier des décès de l'INSEE²⁴, plateforme MatchID²⁵), à analyser les actes de décès.

Dans une seconde phase, les équipes du CMDR mènent l'enquête afin de retrouver les tiers ayant pu connaître ces personnes de leur vivant (éducateur, maraudeur, proches, voisins, ...) et pouvant confirmer leur statut vis à vis de la rue. Les enquêteurs recueillent alors, au moyen d'un questionnaire standardisé (Annexe 6), un ensemble de données retraçant le parcours de chaque individu décédé (Annexe 7).

Données recueillies

Les informations collectées sont démographiques (date et commune de naissance, date et commune de décès, âge, sexe), relatives au décès (circonstances de survenue, lieu et causes de décès), au contexte administratif, social et familial, au parcours résidentiel et à l'état de santé (pathologies, antécédents médicaux)²⁶.

Les données sont ensuite saisies sur Voozanoo®, une plateforme de saisie de données en ligne, sécurisée (agrément d'hébergement de données de santé conforme RGPD) et créée par Epiconcept.

Les causes de décès sont codées par l'équipe du CMDR sur la base des informations recueillies lors des signalements (circonstances du décès) et selon la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10)(22)²⁷.

Les lieux de vie connus des personnes décédées au cours de leur parcours ont été recodés selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS) de 2007 élaboré par la FEANTSA (23) (cf. Annexe 8).

Analyse des données

Une analyse descriptive des données est réalisée incluant le calcul de moyennes, écart-types et fréquences selon la nature des variables. Une analyse comparative est menée entre les décès recensés par le CMDR en 2021 et ceux recensés sur la période 2012-2020 d'une part et l'ensemble des décès de la population générale en France en 2021²⁸ d'autre part. Les tests usuels de comparaison de variables ont alors été utilisés. Le traitement et les analyses ont été réalisés en utilisant le logiciel Stata/IC 14.0 pour Mac, (© Stata Corp, College Station, TX).

Considérations éthiques et réglementaires

Le recueil rétrospectif mené par le CMDR porte sur des données déjà existantes et relatives à des personnes décédées qui ne relève pas du règlement général sur la protection des données²⁹. Leur type, leur stockage et leur exploitation par le CMDR exclusivement font l'objet d'une déclaration enregistrée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1354755. Les informations personnelles recueillies ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les données présentées dans ce rapport sont agrégées.

Parmi les missions du CMDR, celui-ci peut aider la famille d'un défunt dans les démarches visant à récupérer certaines informations auxquelles elle peut avoir accès, notamment les comptes rendus d'autopsie si le corps du défunt a été examiné par un Institut médico-légal et le dossier médical si le décès a eu lieu dans un hôpital. Ces rapports sont destinés à la famille exclusivement, leurs contenus ne sont pas connus du CMDR.

²⁴ <https://www.insee.fr/fr/information/4190491>.

²⁵ <https://deces.matchid.io/about/service>.

²⁶ Pour plus de précisions, voir Annexes 6 et 7

²⁷ Seule la cause initiale du décès est codée.

²⁸ Le fichier de données concernant les décès en France en 2021 est disponible en ligne sur le site de l'INSEE.

²⁹ <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>

RESULTATS

2021, année post-COVID-19

L'année 2021 a marqué le retour à une activité plus « habituelle » au sein du CMDR. Cela s'est traduit par un renouvellement important de l'équipe d'enquêteur·rice·s. Les profils de bénévoles venus soutenir le CMDR lors de l'épidémie (étudiants, personnes en recherche d'emploi, en reprise d'étude, ou dont le projet de départ à l'étranger avait été suspendu) ont laissé place à de jeunes retraités. Louise Lespagnol, coordinatrice de l'équipe D&D, a pris en septembre 2021 la suite de Raphael Petit en poste depuis 2 ans. Enfin des mises à jour ont été réalisées cette année conduisant, notamment, à l'ajout de plus de deux cents décès de personnes sans chez soi survenus entre 2012-2019.

Un recensement en augmentation ?

En 2021, les équipes du CMDR ont recensé 706 décès de personnes sans domicile personnel ou ayant connu une telle période dans leur vie. Ce chiffre, légèrement supérieur à celui de 2020 (+3%), est le plus élevé depuis la création du CMDR, faisant de 2021, l'année avec le plus grand nombre de décès signalés au CMDR (Figure 1).

En 2021, 88% des décès (620 sur 706) recensés par le CMDR ont concerné des personnes sans chez soi (SCS) au cours de leur trois derniers mois de vie. Parmi elles, 38% (235 sur 620) étaient en situation de rue et 21% hébergées. Dans 41% des cas, une absence de domicile personnel a été identifiée mais l'équipe D&D n'a pu préciser la situation de logement (rue ou hébergé) au cours de ces trois derniers mois de vie. Elles sont considérées comme « probablement sans chez soi ».

Nombre de décès

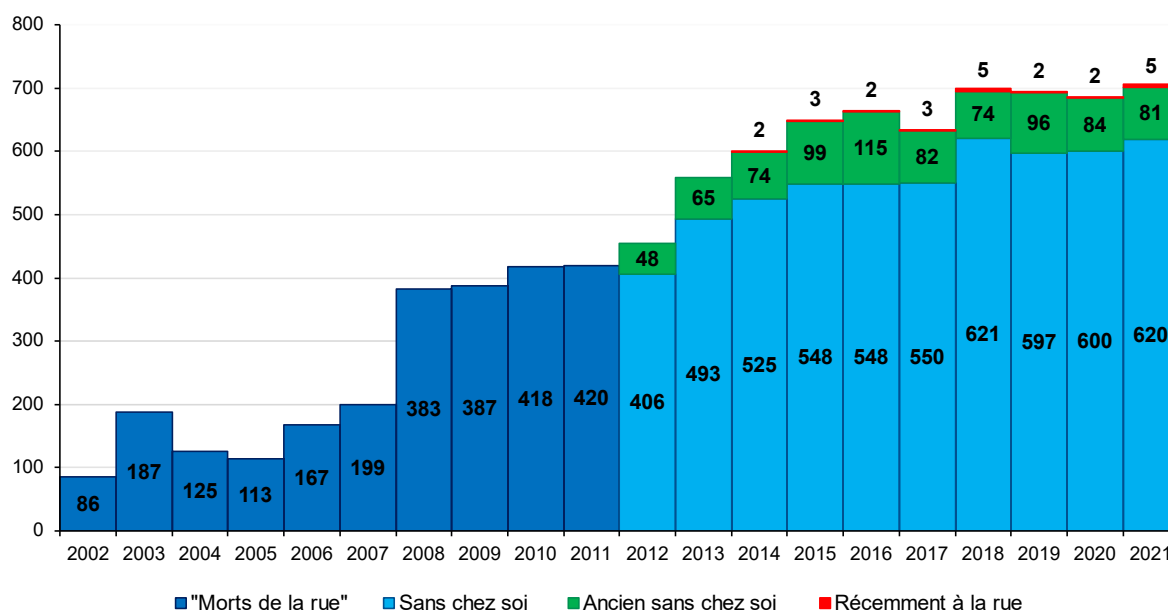


Figure 1 - Évolution du nombre de décès recensés par le CMDR depuis 2012

Cependant, il est important de ne pas interpréter cette tendance comme une hausse de la mortalité des personnes sans domicile. La surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR n'est pas exhaustive. Sur la période 2008-2010, l'étude de C. Vuillermoz estimait que le dispositif mis en place par le CMDR ne recensait qu'une part infime (17%) des décès de personnes Sans Chez Soi (SCS) (22). De fait, les constats présentés dans le présent rapport sont à prendre avec précaution tant une part non négligeable des décès échappe à la surveillance du CMDR, part sans doute variable dans le temps et peut donc impacter les résultats.

Youssef, 64 ans

A la rue depuis 15 ans, Youssef est né à l'étranger. Menacé de mort pour des raisons politiques, il a dû fuir son pays. Arrivé en France à Paris, dans les années 2000, il a vécu un temps dans un foyer, tout en faisant des petits boulots. Mais la vie en collectivité, le partage d'une chambre avec un inconnu et des relations compliquées avec ce dernier vont inciter Youssef à quitter le foyer et vivre à la rue.

Connu des maraudes avec qui il partageait volontiers le café, il racontait sa vie d'avant, ses voyages en Amérique latine, en Asie. Youssef s'était installé un petit abri au pied d'un immeuble. Il n'y était que la nuit pour y dormir. Mais plusieurs fois, ses affaires ont été jetées, puis sa santé a commencé à se dégrader. D'abord une plaie qui ne cicatrise pas, un diabète diagnostiqué, une amputation puis une autre.. Youssef alternait alors les séjours à l'hôpital et les retours à la rue. Un soir, il s'écroule subitement. Les pompiers tentent de le réanimer en vain.

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

En effet, le nombre de 620 décès de personnes sans chez soi demeure largement inférieur à l'estimation formulée dans l'étude de C. Vuillermoz (Figure 2). Celle-ci établit que 6730 (IC95% : [4381-9079]) décès de personnes sans chez soi sont survenus au cours de la période 2008 et 2010, soit plus de 2000 décès par an. Ainsi, ce serait un peu plus de 3600 décès qui pourraient être survenus en France en 2021 et parmi eux seulement 620 ont été dénombrés par le CMDR.

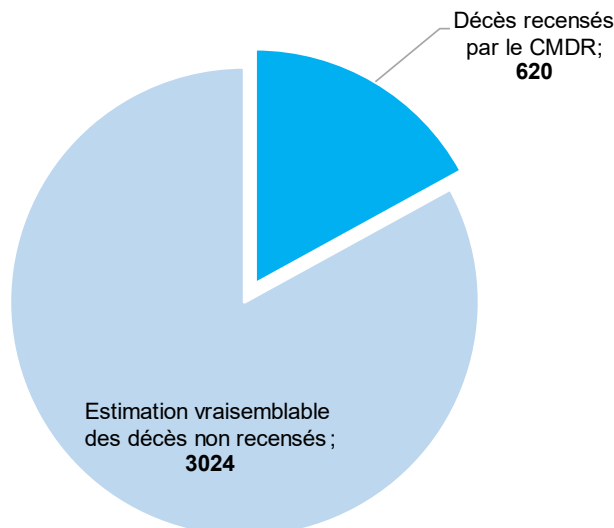


Figure 2 - Représentation de la part des décès recensés par le CMDR en 2021 selon l'estimation de C. Vuillermoz

Parmi les décès recensés en 2021 par la surveillance du CMDR, 11% des personnes (81 sur 706) ont connu, dans leur vie, un épisode sans chez soi mais étaient dans un logement³⁰ au moment du décès, et ce pendant leurs trois derniers mois de vie. Ces personnes sont donc considérées comme Anciennement sans chez soi (A-SCS). Il est nécessaire, pour comprendre ce résultat, de prendre en compte le fait que la surveillance du CMDR est moins développée vers les acteurs du logement accompagné (Maison-Relais, Pensions de famille, ...) que pour les Sans Chez Soi (SCS). Cette situation conduit à un biais d'information de ces décès parmi les personnes A-SCS.

La FEANTSA a développé une typologie (23), la grille ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion, Annexe 8), dans le but d'améliorer la connaissance et l'évaluation des situations de sans abris ou d'exclusion liée au logement. Cet outil permet de standardiser les différentes situations du mal-logement rencontrées par les personnes sans et de faciliter la comparaison à travers les différents pays d'Europe entre eux avec une même définition.

La grille ETHOS ne prend en compte que le lieu où la dernière nuit a été passée (comme l'enquête Sans Domicile de l'INSEE). Le CMDR, lui, reprend les types de situations décrites mais les définit sur le principal lieu de vie au cours des trois derniers mois qui précèdent le décès (Tableau 1),

La classification ETHOS

L'utilisation de la typologie ETHOS aboutit à la composition suivante (Figure 3) :

- 41% des personnes vivant dans la rue (256 sur 620) ;
- 8% en hébergement d'urgence (47) ;
- 3% en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile (19) ;
- 28% des personnes sortants d'institutions (principalement de structures de soin, n=174) ;
- <1% des bénéficiaires d'un accompagnement à plus long terme (1) ;
- 5% étaient en habitat précaire (31) ;

³⁰ Logement personnel ou accompagné de type Maisons-Relais, Pension de famille.

- 2% des personnes vivaient dans des structures provisoires (12) ;
- <1% étaient dans des structures non classifiables avec la grille ETHOS (1) ;
- Enfin dans 13% des cas, il n'a pas été possible de connaître le dernier lieu d'habitation (78).

De fait, l'utilisation de la classification du mal logement développée par la FEANTSA ne prend en compte que 80% des personnes sans chez soi recensées par le CMDR:

- 49% des personnes décédées et recensées par le CMDR seraient considérées comme sans abri (256 personnes vivant à la rue et 47 en hébergement d'urgence) ;
- 31% des cas recensés par le CMDR seraient considérés comme sans logement (19 personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile, 174 sortant d'institution, 1 bénéficiant d'un accompagnement au logement à plus long terme).

Au final, seulement 470 personnes seraient comptabilisées sur les 620 identifiées et classées comme sans chez soi par le CMDR. La grille ETHOS n'offre pas la possibilité de rendre compte de la dynamique d'accès à l'hébergement qu'il soit formel (CHU, CHRS, ...) ou informel (hébergement chez un tiers) pour les personnes SCS décédées. Il est réducteur de ne considérer que le dernier lieu d'habitation ou le dernier lieu où la personne a passé la nuit. On voit donc l'intérêt des critères choisis par le CMDR qui reposent sur le principal lieu de vie au cours des trois derniers mois précédant le décès et qui permet de mieux témoigner du parcours parfois complexe des personnes sans chez soi.

Lorsque la grille ETHOS est utilisée pour comparer le dernier lieu d'habitation des personnes décédées et recensées par le CMDR en 2021 et en 2022, il est observé (Figure 3) un doublement des personnes décédées classées en situation de rue (41% contre 23%). Ce résultat est à prendre avec précaution car la proportion de données manquantes concernant le dernier lieu de vie a été également divisée par 2 entre 2021 et 2020 (13% contre 30%). Cette baisse pouvant grandement influencer le résultat principal.

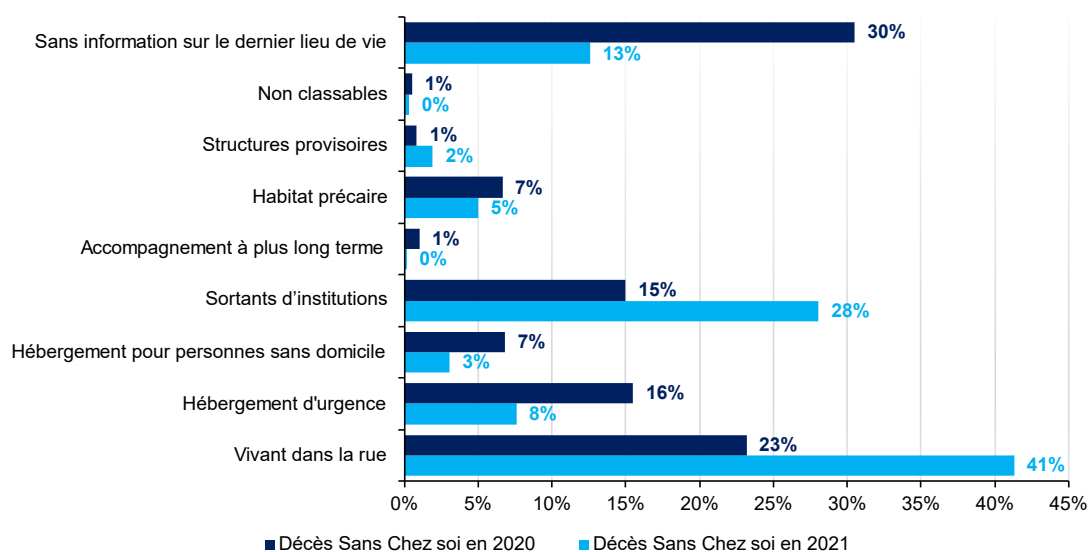


Figure 3 - Répartition selon la classification ETHOS des personnes sans chez soi décédées en 2021 et en 2020 et recensées par le CMDR

Les personnes sans chez soi décédées en 2021

Tableau 2 - Distribution de la mortalité parmi les personnes sans chez soi recensées par le CMDR entre 2012-2020 et 2021

Variables	SCS 2012-2020 (N=4888)		SCS 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Sexe				
Masculin	4360	(89)	538	(87)
Féminin	450	(9)	57	(9)
Manquant	78	(2)	25	(4)
Age moyen (± SD)	49 † ± 15		48 ‡ ± 15	
[min-max]	[0-95]		[0-88]	
Catégorie d'âge				
Moins de 5 ans	55	(1)	4	(1)
[5-15 ans [	25	(1)	2	(<1)
[15-18 ans[	34	(1)	4	(1)
[18-25 ans[	147	(3)	32	(5)
[25-50 ans[	1925	(39)	237	(38)
50 ans et plus	2405	(49)	271	(44)
Manquant	297	(6)	70	(11)
Pays de naissance				
France	2365	(48)	262	(42)
UE	825	(17)	93	(15)
Hors UE	1072	(22)	166	(27)
Manquant	626	(13)	99	(16)
Statut				
Seul	1170	(23)	237	(38)
Seul avec enfant	9	(<1)	1	(<1)
En couple	176	(3)	27	(4)
En couple avec enfant	40	(1)	1	(<1)
Mineur isolé	20	(<1)	0	-
Mineur en famille	81	(2)	7	(1)
Mineur en groupe/en couple	5	(<1)	0	-
En famille (fratrie)	10	(<1)	3	(<1)
En famille (grands-parents)	9	(<1)	1	(<1)
Manquant	3368	(70)	343	(55)
Région de décès				
Ile de France	2068	(42)	255	(41)
Autres régions	2820	(58)	365	(59)
Saison de décès				
Hiver	1276	(26)	163	(26)
Printemps	1053	(22)	105	(17)
Eté	1075	(22)	119	(19)
Automne	1251	(26)	199	(32)
Manquant	233	(5)	34	(5)
Lieu de décès				
Hébergement/logement	556	(11)	57	(9)
Abri	593	(12)	75	(12)
Voie/espace public	1520	(31)	243	(39)
Lieu de soins	1584	(32)	187	(30)
Détention	23	(<1)	6	(1)
Manquant	612	(13)	52	(8)

‡ 82 données manquantes. † 418 données manquantes.

* valeur p significative pour p<0,05

Des décès qui touchent surtout les hommes de plus de 25 ans

Parmi les 620 décès enregistrés par le CMDR au cours de l'année 2021, les décès masculins sont surreprésentés, avec près de 87% des décès, tout comme sur la période 2012-2020 (Tableau 2).

L'âge moyen au décès s'établit à 48 ans ce qui n'est pas différent de la moyenne pour la période 2012-2020. Les tranches d'âge les plus représentées parmi les personnes sans chez soi décédées sont les [25-50 ans] et les 50 ans et plus.

La majeure partie des SCS est née en Europe (60%), en Afrique du Nord/Moyen Orient (10%) et en Afrique (10%). Dans un peu moins d'un cas sur deux, les décès recensés par le CMDR concernent des personnes nées en France (42%) ce qui est légèrement moins que les années précédentes.

Depuis 2012, 4 pays se distinguent par le nombre de personnes sans chez soi qui décèdent régulièrement en France (Figure 4) : la Pologne qui représente 5% de tous les pays d'origine, suivie de la Roumanie (4%), l'Algérie (4%) et le Maroc (2%).

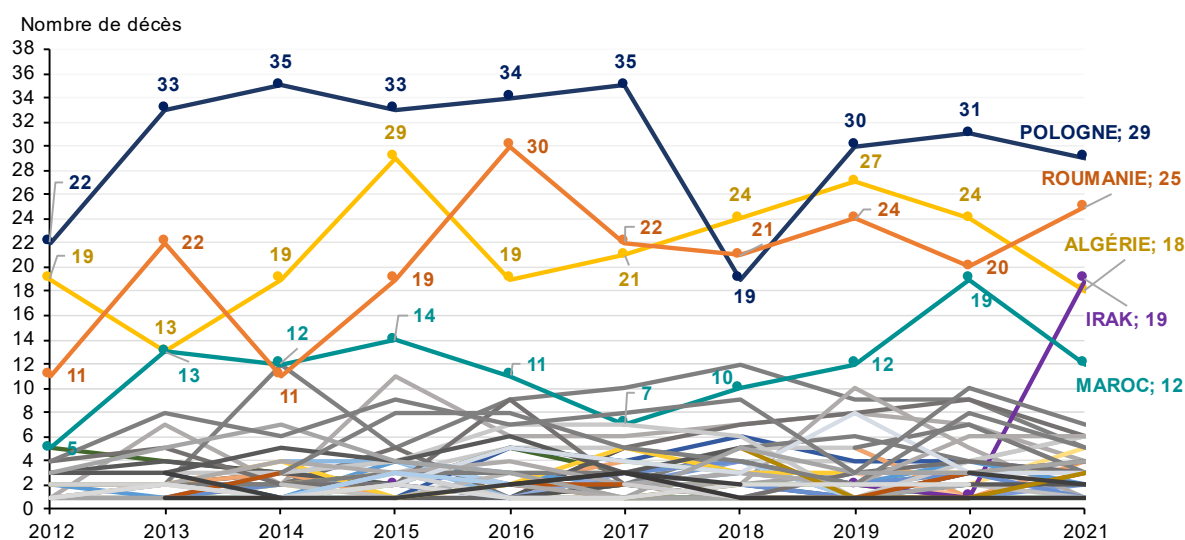


Figure 4 - Évolution des décès des SCS selon leur pays d'origine, hors France, depuis 2012

Des personnes seules décédées dans la rue et dans la région la plus peuplée de France

En 2021, au moins 38% des personnes décédées recensées par le CMDR vivaient seules contre 23% sur la période 2012-2020. Cette évolution est liée à l'amélioration du recueil de cette donnée, seulement 55% de données manquantes en 2021 contre 70% sur la période 2012-2020.

Les décès ont lieu principalement dans l'espace public et dans les structures de soins. Cette tendance est constante depuis 2012 (Figure 5). Ainsi cette année, 39% des décès sont survenus dans la rue, dans le métro, dans un square, dans un parking, ... 30% ont eu lieu dans un établissement de soins. Il s'agit des hôpitaux, des LAM, des LHSS, des urgences, des soins palliatifs.

12% des personnes SCS sont décédées dans un squat, une voiture, une cabane, dans les parties communes d'un immeuble, dans un garage, dans une cave, ...

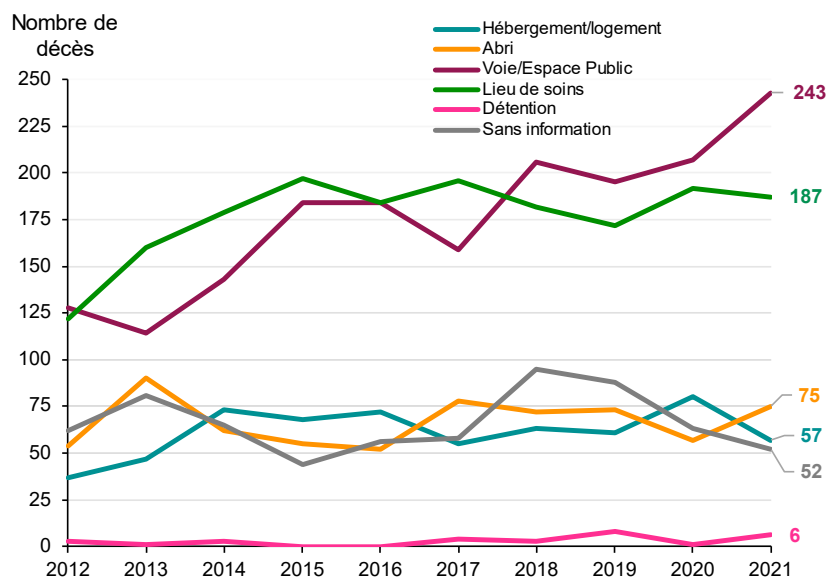


Figure 5 - Évolution des lieux de décès des SCS depuis 2012

Comme les années précédentes, la majorité des décès de personnes SCS recensés par le CMDR est survenue en Île-de-France (41%) contre 59% dans les autres régions. Les Hauts-de-France, la Provence Alpes Côte d'Azur et l'Occitanie constituent les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} régions où les décès ont été les plus nombreux à être recensés. Cette distribution géographique des décès est conservée lorsqu'est prise en compte la totalité des décès identifiés depuis 2012 (Figure 6).

Cependant, ce résultat ne peut être interprété comme une réalité. Les différences de mortalité selon la région sont probablement liées au système de surveillance qui n'assure pas une couverture géographique complète du territoire.

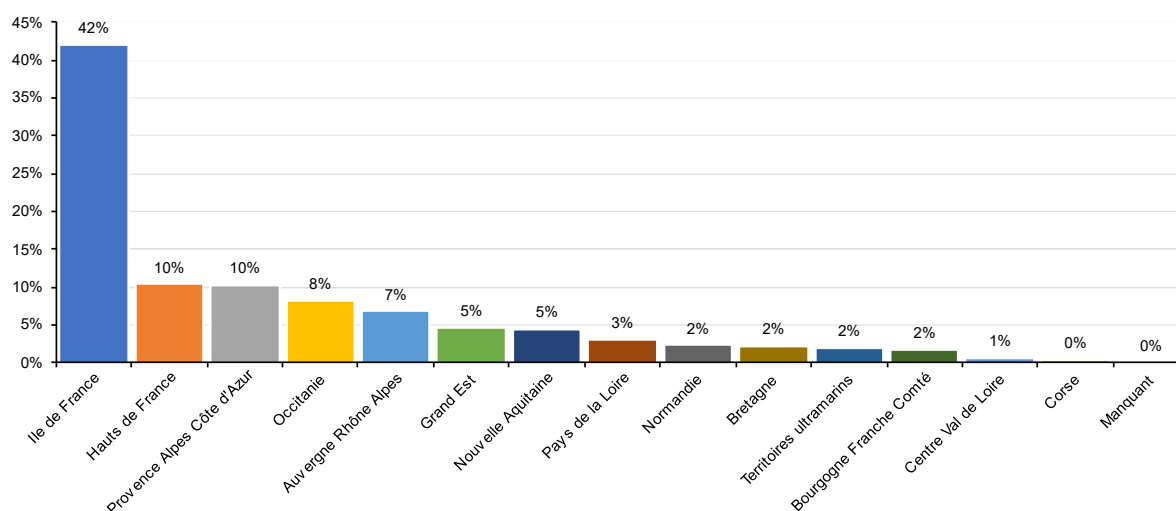


Figure 6 - Répartition des décès des personnes Sans Chez Soi depuis 2012 selon la région de décès

Safi, 54 ans

« Après des années d'errance, Safi a dribblé une dernière fois la vie en octobre dernier, à 54 ans. L'ancien attaquant d'un célèbre club était d'abord un génie du ballon rond avant de devenir un miraculé. Sa disparition constitue l'ultime embardée de cette fichue sortie de route en novembre 1984, qui avait provoqué la mort de ses compagnons de jeu et meurtri tout un club. Seul rescapé du drame, Safi, 17 ans à l'époque, ne s'en est jamais relevé. »

Article de presse

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

Une mortalité saisonnière ?

Des décès sont survenus tout au long de l'année 2021, notamment au cours de l'hiver (26%) et surtout à l'automne (32%), de façon plus prononcée que les dernières années. Les mois de novembre et décembre sont ceux pour lesquels les décès recensés ont été les plus nombreux en 2021 avec respectivement 98 et 83 décès. Il s'agit d'ailleurs des valeurs les plus élevées observées depuis 2012. La figure 7 permet de mettre en évidence les tendances saisonnières des décès recensés par le CMDR. La période de temps prise en compte a volontairement été réduite pour en faciliter la lecture. Elle porte sur la période 2017-2021. La figure 7 représente le nombre de décès recensés chaque semaine et ainsi que la moyenne mobile sur 15 semaines.

Note méthodologique :

La moyenne mobile vise à réduire la variabilité des données et permet d'en dégager une tendance.

Calcul d'une moyenne mobile de 15 semaine : somme des décès survenus entre la semaine n°1 et la semaine n°15 divisée par la taille de la fenêtre choisie (ici 15). La moyenne mobile est centrée sur le milieu de la fenêtre, ici la semaine n°8.

La taille de la fenêtre (ici 15 semaines) a été choisi de manière empirique afin de mettre en évidence les variations saisonnières.

Ainsi, il peut être observé une augmentation régulière de la moyenne des décès entre la fin de l'automne et l'hiver de chaque année avec un point d'inflexion qui survient parfois vers les semaines S48-S50, parfois plus tardivement entre S4 et S5 et qui se traduit par une baisse progressive des décès. Cette baisse se poursuit sur la première partie de l'année avant un nouveau point d'inflexion qui survient entre les semaines S19 ; S23 ou S32 soit entre la fin du printemps et le milieu de l'été. A noter qu'en 2020, le creusement observé habituellement au cours des saisons « chaudes » a été moindre que les années passées et qu'en 2021, au contraire, la baisse a été plus prononcée.

In fine, la mortalité des personnes SCS recensées par le CMDR suit une tendance saisonnière avec une hausse des décès entre l'automne et l'hiver et une baisse entre le printemps et l'été. Ces variations ne sont pas différentes de celles observées pour la population générale (cf. Personnes sans chez & population générale).

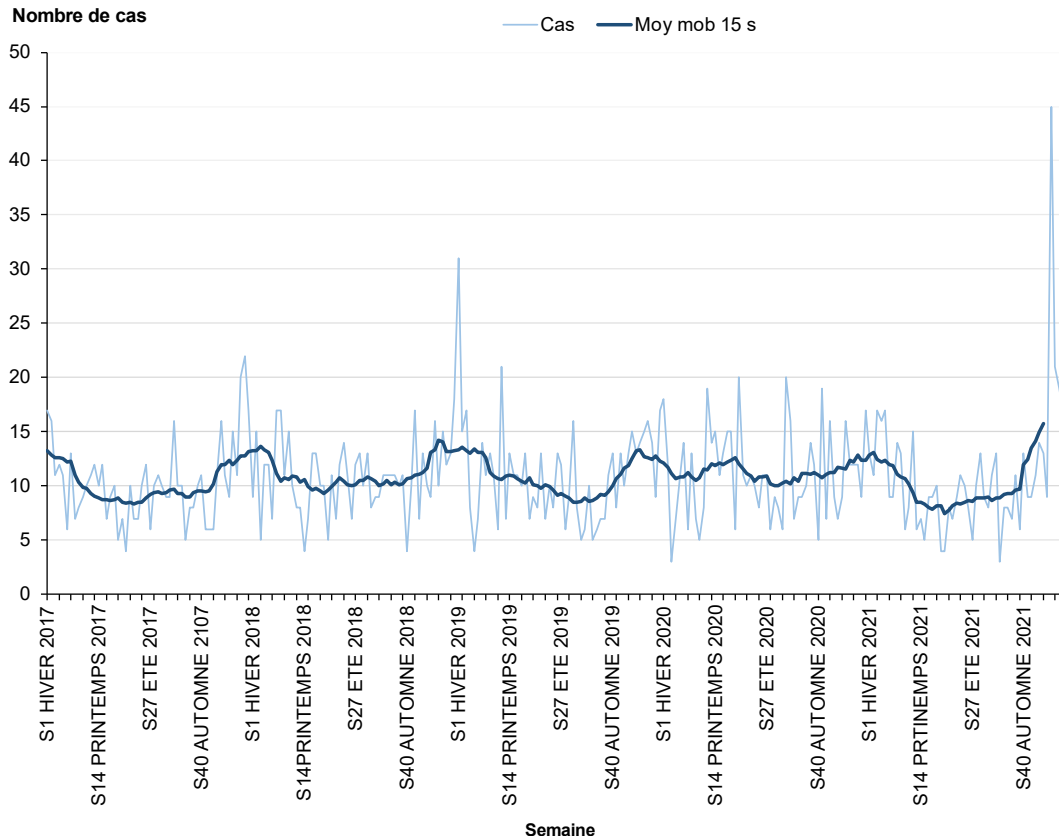


Figure 7 - Distribution des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2021 (n=2841, 147 dates manquantes)

La mortalité des personnes sans chez soi recensées par le CMDR ne peut donc pas s'expliquer uniquement par l'exposition au froid excessif de la période hivernale. Elle est probablement la résultante d'un mécanisme multifactoriel conduisant à une fragilisation et une vulnérabilité des personnes sans chez soi.

Des décès violents plus fréquents en province

Les causes de décès des personnes sans chez soi sont mal définies et/ou inconnues (58% en 2021). En l'absence de données précises, les descriptions suivantes sont à prendre avec précaution tant le poids de ces données manquantes peut influencer sur la distribution globale (Tableau 3).

Il est observé en 2021 que 30% des décès sont liés à des causes externes (type agression, suicides, noyades, ...), 5% sont liés à des tumeurs, 4% à des maladies liées à l'appareil circulatoire et 2% à des causes comme des infections, des maladies de l'appareil respiratoire.

De légères différences apparaissent avec la période 2012-2020 où les décès par causes externes étaient moins fréquents ou du fait de maladies de l'appareil circulatoire (8%).

Tableau 3 - Distribution des causes de décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2020 et sur la période 2012-2019

Causes de décès	% des décès 2012-2020 (N=4888)	% des décès de 2021 (N=620)	% des décès 2021 France hors IDF (n=365)	% des décès 2021 en IDF (n=255)
Tumeurs (C00-D48)	6	5	4	7
Trachée, bronches, poumons (C33-C34)	1	<1	<1	<1
Voies aéro-digestives supérieures (C00-C14, C15, C32)	1	<1	1	0
Organes digestifs (C16-C19, C22, C25)	1	1	<1	2
Autres	4	3	2	4
Causes externes (V01-Y98)	25	30	40	17
Aggression (X85-Y09)	6	6	7	5
Suicides (X60-X84)	3	3	4	2
Noyades (W65-W74)	3	10	15	1
Accident de transport (V01-V99)	3	2	4	1
Chutes (W00-W19)	1	1	1	2
Exposition à un froid excessif (X31)	1	3	3	2
Exposition à une chaleur excessive (X30)	<1	0	-	-
Intoxications (X40-X49)	3	4	5	3
Autres	5	2	1	2
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	8	4	2	7
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	<1	0	-	-
Autres formes de cardiopathies (I30-I52)	7	3	2	5
Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)	1	1	1	1
Autres	<1	<1	0	<1
Troubles mentaux et comportements (F00-F99)	1	<1	<1	<1
Liés à la consommation d'alcool (F10)	1	<1	<1	<1
Liés à la consommation de stupéfiants (F11-16, F18-19)	<1	0	-	-
Autres	<1	0	-	-
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	2	<1	0	<1
Maladies chroniques du foie et cirrhose (K70, K73-K74)	1	<1	0	<1
Autres	1	0	-	-
Autres causes	3	2	1	3
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	2	<1	1	<1
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	1	1	<1	1
Maladies du système nerveux (G00-G99)	<1	<1	0	1
Autres	<1	1	1	1
Causes de décès mal définies et inconnues (R00-R99)	55	58	53	65

En revanche, le contraste est plus important selon la région où le décès est survenu. Les décès hors Île-de-France sont liés dans 40% des cas à des causes externes : noyades, agressions, intoxications, suicides, accidents de transport. Ce constat est commenté dans la discussion.

Depuis le début de la surveillance de la mortalité par le CMDR, les décès de morts violentes représentent 20 à 30% des causes de décès et tendent à ré-augmenter légèrement depuis 2019 (Figure 8). A contrario, les décès liés à des maladies semblent en diminution d'année en année, de 20% en 2012, ils ne sont plus que 10% en 2021. Cependant, la proportion de décès de causes mal définies demeure importante et limite l'interprétation de ces observations.

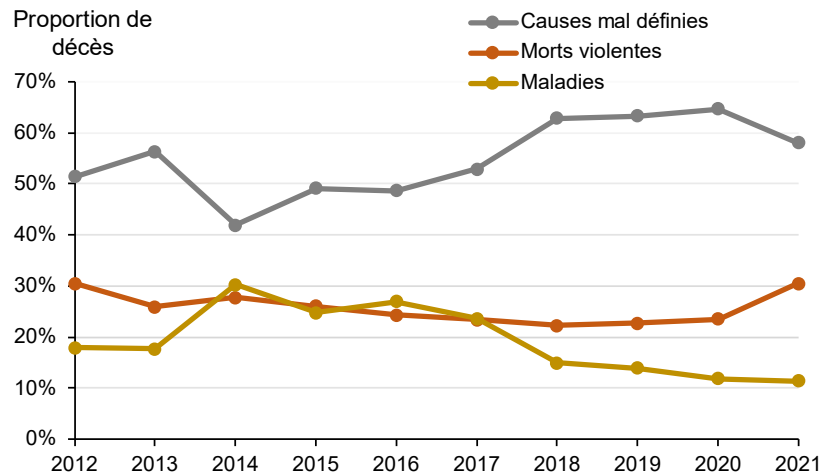


Figure 8 - Évolution des causes principales de décès depuis 2012

Des états de santé encore méconnus

Les données relatives à l'état de santé avant décès des personnes sans chez soi sont très parcellaires. En 2021, l'information sur l'existence d'un suivi médical n'a été recueillie que dans 25% des cas, soit pour 157 personnes. Parmi ces derniers, 17% (n=108) étaient suivis médicalement et 8% (n=49) étaient sans suivi (Annexe 9, Tableau 9).

Des informations sur les comorbidités ont pu être recueillies pour 306 personnes (49%) en 2021 contre 38% pour la période 2012-2020, et les données relatives aux antécédents dans seulement 4% des cas (n=27) en 2021 contre 22% en 2012-2020.

La figure 9 représente les principales pathologies rapportées lors de l'enquête. Les proportions ont été calculées sur la base des cas pour lesquelles une information de santé était existante. Par exemple, 105 personnes présentaient un trouble d'ordre psychologique, soit 34% (105 sur 306).

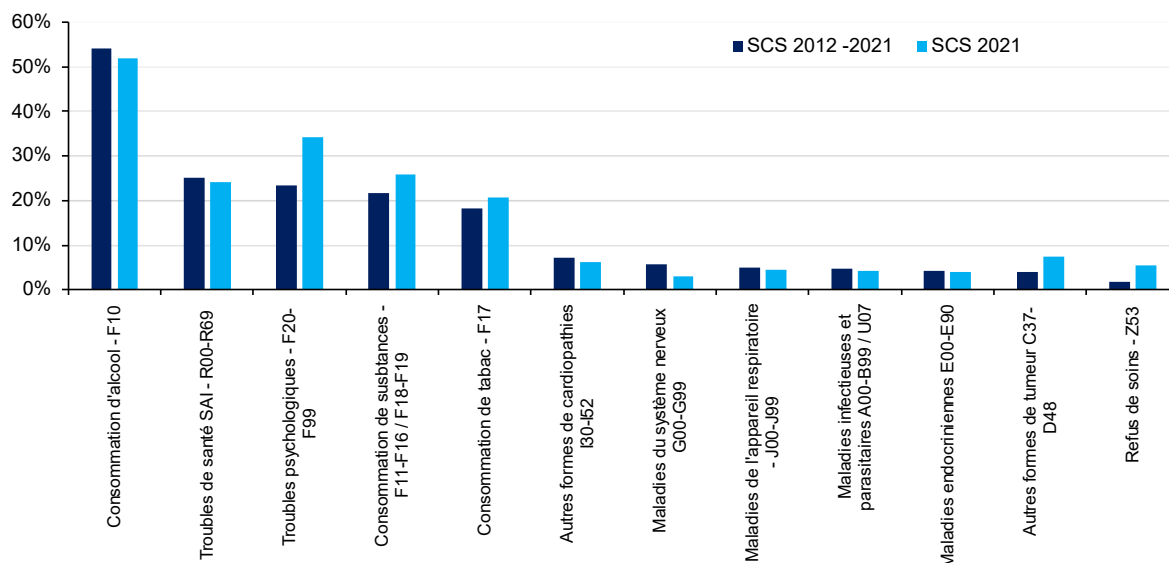


Figure 9 - Principales pathologies parmi les SCS avec une information de santé

Les troubles liés à la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives sont parmi les plus fréquents au sein des personnes sans chez soi décédées en 2021 et pour lesquels une information de santé a pu être recueillie. Il s'agit d'un constat similaire à la période 2012-2020. Les troubles psychologiques apparaissent plus fréquents que les années passées. Pour un peu plus de 20% des cas, des symptômes ou maladies n'ont pu être classés faute d'informations précises (troubles de santé sans autre information ou SAI).

Les principales atteintes de l'appareil cardiovasculaire identifiées étaient les cardiopathies et les insuffisances cardiaques (6%). L'épilepsie est la maladie la plus fréquemment identifiée dans les troubles du système nerveux et le diabète pour les maladies endocriniennes.

En 2021, 7 cas de covid ont été identifiés mais il a été impossible de préciser la sévérité de l'atteinte, le traitement mis en œuvre. Pour 3 personnes, l'affection à la Covid-19 a semble-t-il été à l'origine du décès.

Bien que l'effectif des personnes, pour lesquelles des informations sur les antécédents ont pu être recueillies, est particulièrement faible (n=27), 5 avaient réussi à mener un sevrage de substances psychoactives et 4 un sevrage de l'alcool.

Un parcours partiellement connu

Les données obtenues concernant le parcours social des personnes décédées en 2021 sont limitées. Le plus souvent, aucune information n'a pu être recueillie. Les descriptions suivantes sont parcellaires et constituent des valeurs minimales.

Parmi les 620 personnes sans chez soi décédées l'année passée, au moins 15% (n=94) avaient bénéficié d'un suivi via une association et 6% via les CCAS (Annexe 9, Tableau 10).

Dans certains cas, des démarches ont pu être initiées au cours des 12 derniers mois précédant le décès mais cette information est rare (73% des cas sans information sur le sujet). Lorsque l'information était disponible (26%, n=165), les 5 principales actions initiées étaient :

- L'accès au logement ;
- L'accès aux soins ;
- Le renouvellement des papiers d'identité ;
- Les démarches pour bénéficier de la retraite, des demandes d'AAH, de mise sous curatelle, des demandes d'hébergement, d'entrée en EHPAD, d'ouverture de compte bancaire, de domiciliation...

Aurélie, 45 ans

Enfant, en raison des problèmes d'addiction de son père et de sa mère, elle fut élevée par ses grands-parents jusqu'à leur décès. S'ensuit une période pour laquelle nous n'avons pas pu recueillir d'informations. On apprend simplement qu'après avoir eu un logement, elle se retrouve à la rue. Très connue du quartier, elle était très sociable. Plusieurs riverains échangeaient avec elle. Cependant, elle souffrait beaucoup de sa situation. Son compagnon était violent. Plusieurs fois, elle avait essayé d'être hébergée mais il s'y opposait. Sa santé était très fragile. Et puis un jour, elle s'est écroulée. Les pompiers sont venus mais il était trop tard.

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

Au moins 44% des personnes SCS recensées par le CMDR avaient une domiciliation (30% pour la période 2012-2020). Celle-ci était majoritairement réalisée par les associations (14%) et par les CCAS (9%).

Pour 167 personnes (27%), il a pu être recueilli une information relative à la couverture santé. Si 27 personnes n'en avaient aucune, 140 (23%) avaient des droits ouverts à la sécurité sociale (type PUMa, CMU-C, AME).

Le CMDR a identifié des informations relatives aux sources de revenus pour 173 personnes (28%). 17% bénéficiaient (n=106) bénéficiaient des minimas sociaux (RSA) ou d'un salaire et 10% (n=59) de revenus issus de la mendicité.

Cette difficulté à décrire les parcours des personnes sans chez soi se vérifie également dans la situation vis à vis de la rue (cf. Méthodes, Tableau 1) qui dépend du lieu de vie principal de la personne au cours des trois derniers mois qui précèdent le décès. En effet, il faut pour cela que les enquêteurs de l'équipe D&D recherchent et identifient des acteurs ayant connu la personne de son vivant et pouvant décrire les différents lieux de vie connus. Au fil des années et avec l'augmentation régulière des décès recensés par le CMDR depuis 2012, la proportion de personnes sans chez soi classés en « probablement sans chez soi » augmente (Figure 10 : 15% en 2014, 41% en 2021). Cette difficulté s'explique notamment par les difficultés inhérentes au système de surveillance³¹. Mais cela pourrait aussi témoigner de parcours de plus en plus complexes, avec un non recours aux dispositifs d'hébergement plus important.

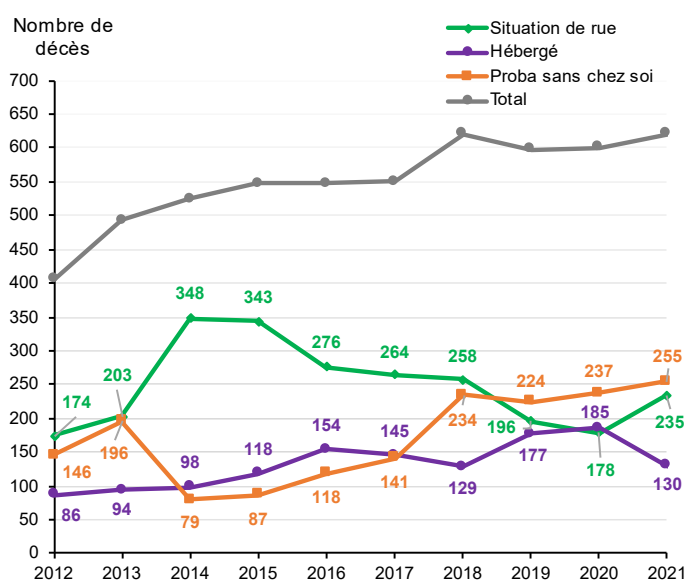


Figure 10 - Évolution des situations de vie au cours du temps parmi les SCS

³¹ Notamment par :

- La hausse du nombre de décès signalés augmente la charge de travail de l'équipe D&D alors que ses moyens sont limités ;
- Des signalements qui arrivent tardivement au CMDR ce qui en limite le temps de traitement ;
- Des partenariats avec les acteurs qui restent encore trop limités

Des parcours singuliers

Parmi les 620 personnes décédées en 2021, au moins 3% d'entre elles (n=19) avaient été placées durant leur enfance en institution, en famille d'accueil ou en foyer (Annexe 9, Tableau 11) sachant qu'en 2012, l'INSEE estimait que 15% des personnes sans domicile avaient été placées durant leur enfance.

Le parcours des personnes sans chez soi est généralement jalonné de multiples épreuves ou ruptures. En 2021, des éléments étayant cette trajectoire ont pu être recueillis pour 476 personnes (77%). Cependant, il est toujours complexe de rendre compte de celles-ci tant elles sont différentes d'une personne à l'autre. En témoigne, la différence de proportion entre la rupture la plus fréquente, le parcours migratoire ou un déménagement (20%) et la seconde rupture la plus souvent renseignée : l'association d'un parcours migratoire et d'une maladie grave (2%). Il est également retrouvé : une consommation d'alcool problématique (2%), un divorce ou une séparation conjugale (2%), une souffrance ou des troubles psychologiques (1%).

Lorsque des informations sur les événements ayant conduit à la rue ont pu être recueillies (ce pour seulement 20% des personnes), un parcours migratoire ou un déménagement est l'une des principales raisons évoquées (6%). Le décès d'un proche (2%), une séparation familiale (2%) ou conjugale (2%) ou encore l'expulsion d'un logement (1%) sont les principaux motifs évoqués (Annexe 9, Tableau 11).

Au moins un an d'errance ?

Le temps d'errance depuis la perte d'un logement et le début d'une vie « sans chez soi » n'a pu être estimé que dans moins de la moitié des cas (n=279).

Cependant, au moins 43% des personnes « sans chez soi » avaient passé au moins un an en errance :

- 2% des personnes avaient passé moins d'un an en errance (n=13)
- 14% avaient passé entre 1 et 5 ans en errance (n=86)
- 12% entre 5 et 10 ans (n=72)
- 17% plus de 10 ans (n=108)
- Dans 55% des cas, il n'a pas été possible de préciser la période d'errance (n=341)

L'analyse de l'âge au décès restreinte aux cas pour lesquels l'information était présente (exclusion de 341 cas où le temps d'errance était manquant et 4 cas où l'âge était absent) rend compte de l'existence de différences d'âge (Tableau 4).

Tableau 4 - Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2020

Temps d'errance global	Age (N=275)				
	moy	IC95%	p25	mediane	p75
< 6 mois	28	[16-40]	23	33	35
[6 mois - 12 mois[	35	[22-49]	22	28,5	55
[1 an - 5 ans[	49	[46-52]	41	48	58
[5 ans - 10 ans [	53	[49-56]	43	53	62
≥ 10 ans	56	[54-58]	48	56	64

Il apparaît que les personnes SCS décédées et recensées par le CMDR ayant un temps d'errance inférieur à un an sont plus jeunes (28 ans d'âge moyen pour celles en errance depuis moins de 6 mois) que celles avec un temps d'errance de plusieurs années (56 ans d'âge moyen pour les personnes en errance depuis plus de 10 ans).

Personnes sans chez soi & population générale

Tableau 5 - Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2021 et la population générale décédée en France, INSEE 2021

Variables	Population générale (n= 663 210)		Population SCS (n=620)	
	n	(%)	n	(%)
Sexe				
Masculin	334579	(50)	538	(87)
Féminin	328631	(50)	57	(9)
Manquant	0	(0)	25	(4)
Age moyen	79		48 ♀	
Détails : médiane ; (Q1-Q3) ; [min-max]	83 ; (71-90) ; [0-125]		49 ; (38-59) ; [0-88]	
Classes d'âge				
[0-30[	8 221	(1)	69	(11)
[30-45[	11 858	(2)	131	(21)
[45-65[	81 697	(12)	275	(44)
≥ 65	561 434	(85)	75	(12)
Manquant	0	(0)	70	(11)
Pays de naissance				
France	581 763	(88)	262	(42)
Etranger	81 433	(12)	271	(44)
Manquant	14	(<1)	87	(14)
Saison de décès †				
Manquant	25	(<1)	34	(5)
Hiver	183 936	(28)	163	(26)
Printemps	164 774	(25)	105	(17)
Eté	151 447	(23)	119	(19)
Automne	163 028	(25)	199	(32)
Région de décès				
Ile de France	82 745	(12)	255	(41)
Autres régions	580 465	(88)	365	(59)

[¶] 82 données manquantes

[†] Hiver du 01/01/2021 au 19/03/2021 inclus et du 21/12/2021 au 31/12/2021 , Printemps du 20/03/2021 au 20/06/2021, Été du 21/06/2021 au 21/09/2021, Automne du 22/09/2021 au 20/12/2021.

La comparaison des principales caractéristiques des personnes sans chez soi décédées en 2021 par rapport aux décès survenus en population générale en France de la même année (Tableau 5) met en évidence plusieurs éléments :

Dans la population générale, le sex-ratio homme/femme est de 1,0 quand il est de 9,4 chez les personnes sans chez soi.

En moyenne, les personnes recensées par le CMDR sont décédées à 48 ans, soit un peu plus de 30 ans plus tôt que la population générale (79 ans). De plus, 75% des sans chez soi décèdent avant 59 ans alors que seulement 25% de la population générale décède avant 90 ans. Ces différences sont représentées sur la pyramide des âges au décès (Figure 11). Elles mettent en évidence le fort décalage vers les tranches d'âge plus jeunes parmi les SCS.

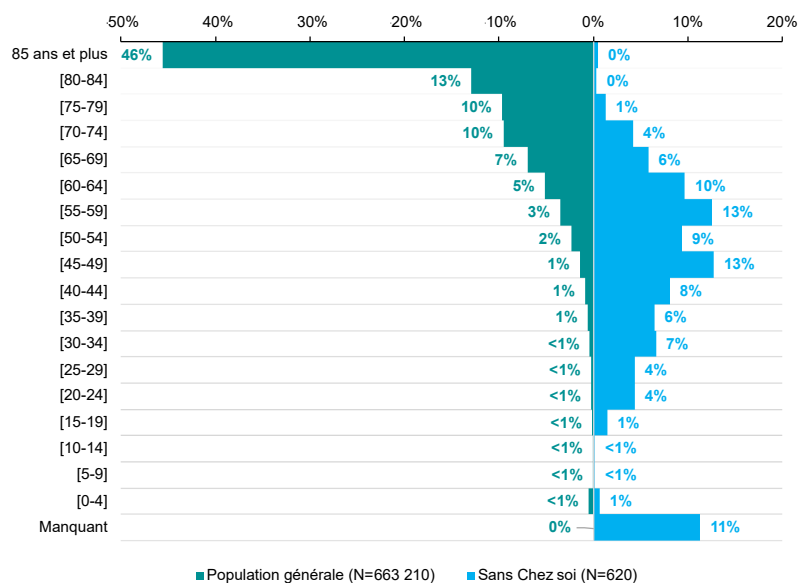


Figure 11 - Pyramide des âges au décès entre population générale et personnes SCS en 2021

L'analyse du pays d'origine met en évidence, là encore, de fortes disparités. La mortalité des sans chez soi touche plus fréquemment des personnes nées à l'étranger (44%) qu'en population générale (seulement 12%). S'agit-il d'une plus grande difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun comparativement à la population née en France ? Ce constat est exacerbé parmi les jeunes de moins de 30 ans nés à l'étranger (Figure 12). Une trajectoire migratoire, l'insécurité de la rue, la difficulté d'accéder à un hébergement et aux dispositifs de santé, une vie quotidienne morcelée avec une grande mobilité pour éviter les contrôles de sécurité et le risque d'une expulsion, peuvent être des explications pour les plus jeunes.

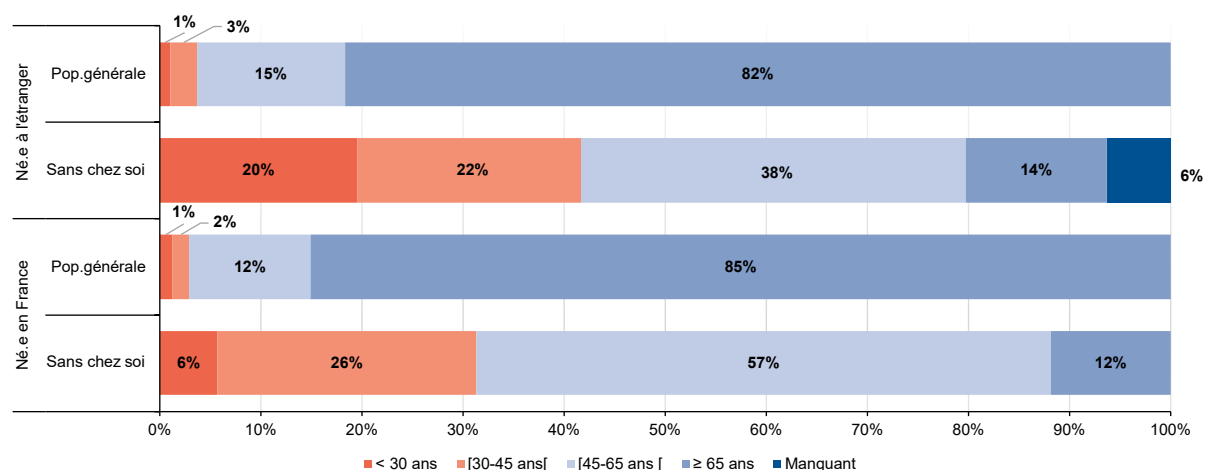


Figure 12 - Comparaison des âges de décès selon la classe d'âge et le pays de naissance entre la population générale et les SCS.

Les décès survenus en 2021 dans la population générale ont été un peu plus fréquents l'hiver et un peu moins l'été, comme traditionnellement (à l'exception de 2020 avec l'épidémie de SARS-CoV-2). La tendance est quasi similaire pour les SCS où l'hiver et surtout l'automne ont été particulièrement mortels.

La figure 13 représente la distribution des décès de la population générale et des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2021. Il y est représenté le nombre de décès par semaine (Cas) et la moyenne mobile des décès sur 15 semaines (Moy mob 15s) de chacun de ces 2 groupes de population.

Note méthodologique :

La moyenne mobile vise à réduire la variabilité des données et permet d'en dégager une tendance.

Calcul d'une moyenne mobile de 15 semaines : somme des décès survenus entre la semaine n°1 et la semaine n°15 divisée par la taille de la fenêtre choisie (ici 15). La moyenne mobile est centrée sur le milieu de la fenêtre, ici la semaine n°8.

La taille de la fenêtre (ici 15 semaines) a été choisie de manière empirique afin de mettre en évidence les variations saisonnières.

La figure 13 permet de mettre en évidence une tendance à la hausse des décès parmi la population générale en début et fin d'année avec un point d'inflexion qui s'observe en plein été. Autrement dit en 2021, les décès en population générale étaient plus nombreux au cours des saisons hivernales et automnales alors que l'été, particulièrement en semaine n°27, les décès ont été moins nombreux. Par comparaison, il est observé pour les personnes sans chez soi décédées en 2021 et recensées par le CMDR, une légère tendance à la hausse également au cours de l'hiver et cette année particulièrement à l'automne. La saisonnalité des décès parmi les SCS apparaît moins prononcée qu'en population générale. Malgré tout, les décès sont en moyenne moins nombreux au cours des périodes printanière et estivale. Le point d'inflexion est situé en semaine n°20. *In fine*, la mortalité des personnes sans chez soi survient tout au long de l'année et pas uniquement l'hiver. Une vigilance tout aussi importante est nécessaire l'été comme l'hiver pour cette population particulièrement vulnérable.

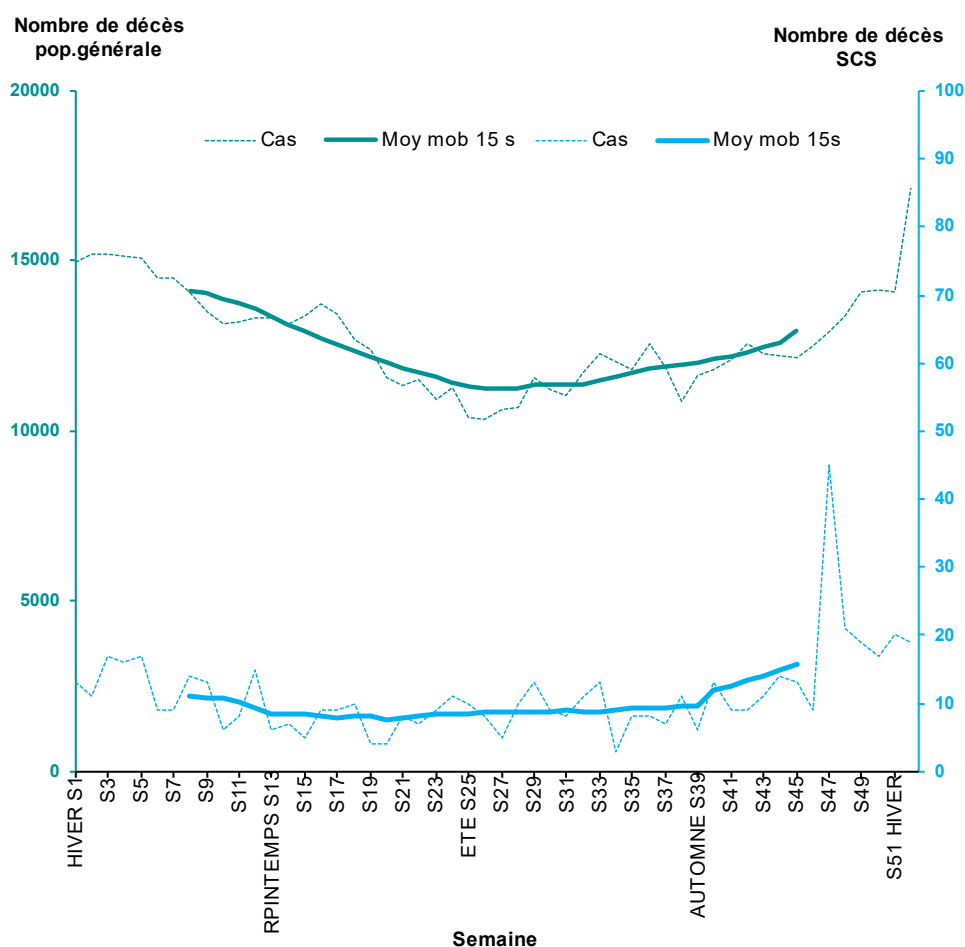


Figure 13 - Distribution des décès de la population générale et des SCS selon la semaine de décès, en 2021

Eric, 53 ans

Suite à la disparition brutale de sa femme dans les années 2000 et complètement désespéré, il se retrouva en errance. Eric avait connu la rue pendant une dizaine d'année avant d'être hébergé dans plusieurs structures d'hébergement et finalement d'intégrer une pension de famille. Mais après 6 mois, il retourna finalement à la rue et établit son lieu de vie dans un parking.

Éric laisse le souvenir d'un homme humaniste parfois bougon mais fondamentalement bon. Il avait créé un salon de lecture en plein air, devenu un lieu d'échanges.

Hospitalisé en soins palliatifs pour un cancer, il s'en est allé un matin de juin.

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

75% des décès recensés par le CMDR sont survenus dans 5 régions : Île-de-France (41%), Hauts-de-France (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Occitanie (6%) et Nouvelle-Aquitaine (6%). En population générale, cette distribution est moins concentrée en Île-de-France (13%). La région Auvergne-Rhône-Alpes est la 2^{ème} région comportant le plus de décès (11%) suivie de la Nouvelle-Aquitaine (11%), de l'Occitanie (10%), des Hauts-de-France (9%), de la Provence-Alpes-Côte d'Azur (9%), de la région Grand Est (9%) et des Pays de la Loire (6%).

De même lorsqu'il est pris en compte le pays d'origine, des différences apparaissent autant parmi les personnes sans chez soi qu'en population générale (Figure 14). Il est ainsi retrouvé une plus grande fréquence des décès en Île-de-France parmi les personnes nées à l'étranger en population générale ou parmi les SCS (respectivement 26% et 50%) comparativement aux personnes nées en France (11% et 36%). Il est également observé une fréquence des décès plus élevée dans la région Hauts-de-France pour les SCS nés à l'étranger (22% contre 9% dans les SCS nés en France).

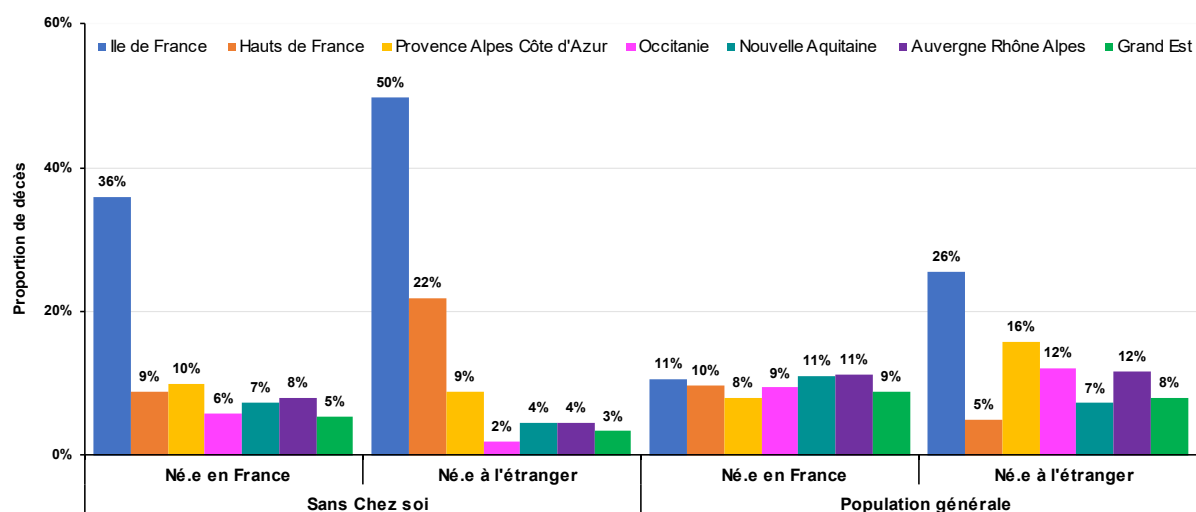


Figure 14 - Représentation des 6 principales régions de décès en 2021 selon le pays d'origine, population générale et SCS

En population générale, d'après les dernières données disponibles (INSEE, 2016), 26% des décès surviennent au domicile de la personne, 59,2% en établissement de santé et 13,5% en maison de retraite. Seulement, 1,3% des décès ont lieu sur la voie ou un lieu public. Pour les personnes SCS en 2021, la majorité des décès sont survenus sur la voie publique (51% y compris les abris de fortune). 30% dans une structure de soins, 9% dans des structures d'hébergement. Pour 9%, le lieu du décès n'a pu être précisé.

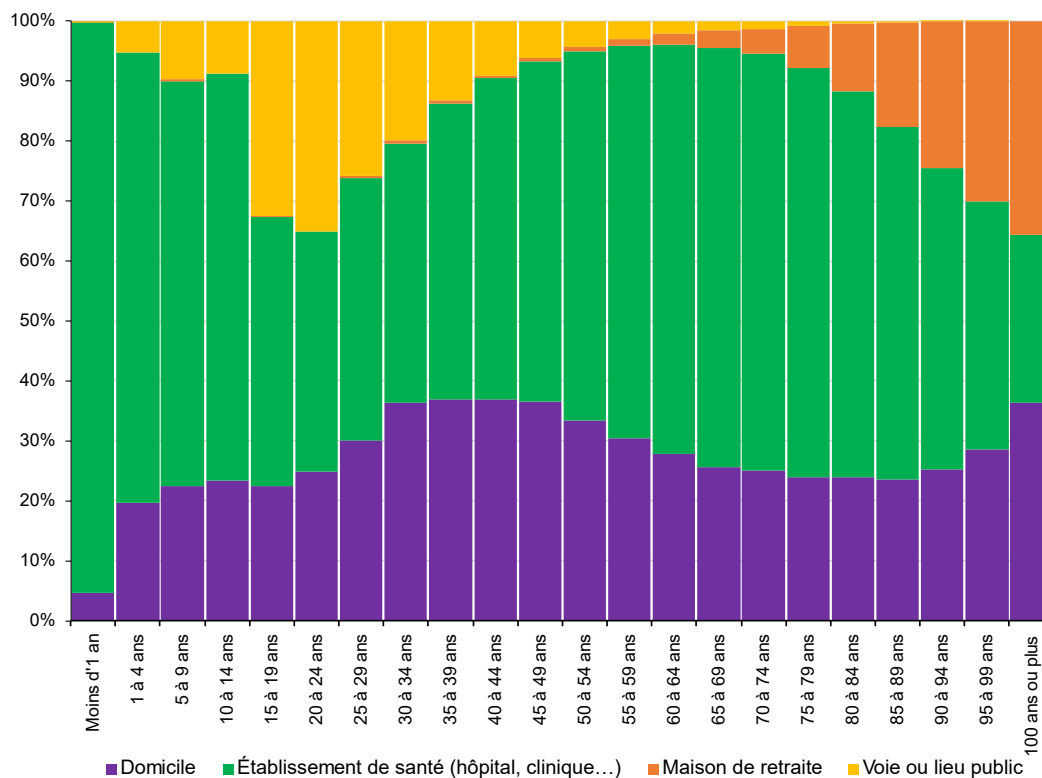


Figure 15 - Décès selon l'âge et le lieu en population générale en 2016

Lorsque l'âge est pris en compte (Figure 15), en population générale, la majorité des décès de 2016 est survenue dans des établissements de santé. Les décès sur la voie publique étaient plus fréquents pour les 15 à 24 ans et diminuaient progressivement avec l'avancée en âge.

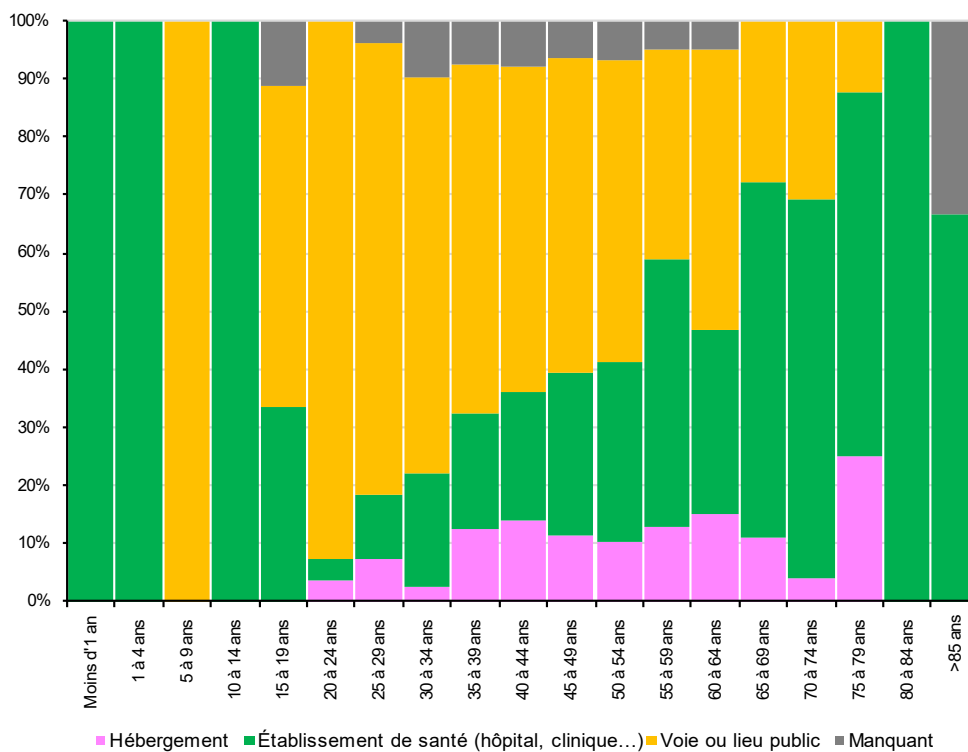


Figure 16 - Décès selon l'âge et le lieu pour les SCS en 2021

Pour les SCS en 2021 (Figure 16), on voit l'importance des décès sur la voie publique qui concernent presque toutes les tranches d'âges (à l'exception des moins de 5 ans et des 80 ans et plus). Une minorité des personnes sont décédées dans des structures d'hébergement. Par comparaison avec la population générale, la proportion de décès survenant sur la voie publique diminue avec l'âge mais dans des proportions bien moindres. De 15 à 64 ans, plus de 50% des décès surviennent dans l'espace public.

En population générale d'après les dernières données de 2014, les causes de décès sont principalement liées à des maladies, à l'exception des 15-34 ans (Figure 17). Parmi les personnes sans chez soi décédées en 2021 et recensées par le CMDR, la distribution des causes de décès est différente, dominée par les décès dont l'origine est restée mal définie (Figure 18). Toutefois, les causes externes apparaissent comme plus fréquentes qu'en population générale et ce pour chaque classe d'âge, plus particulièrement les 15-34 ans où au moins 70% des personnes sans chez soi sont décédées de morts violentes (contre 50% en population générale) et au moins 28% parmi les 35-54 ans (18% en population générale).

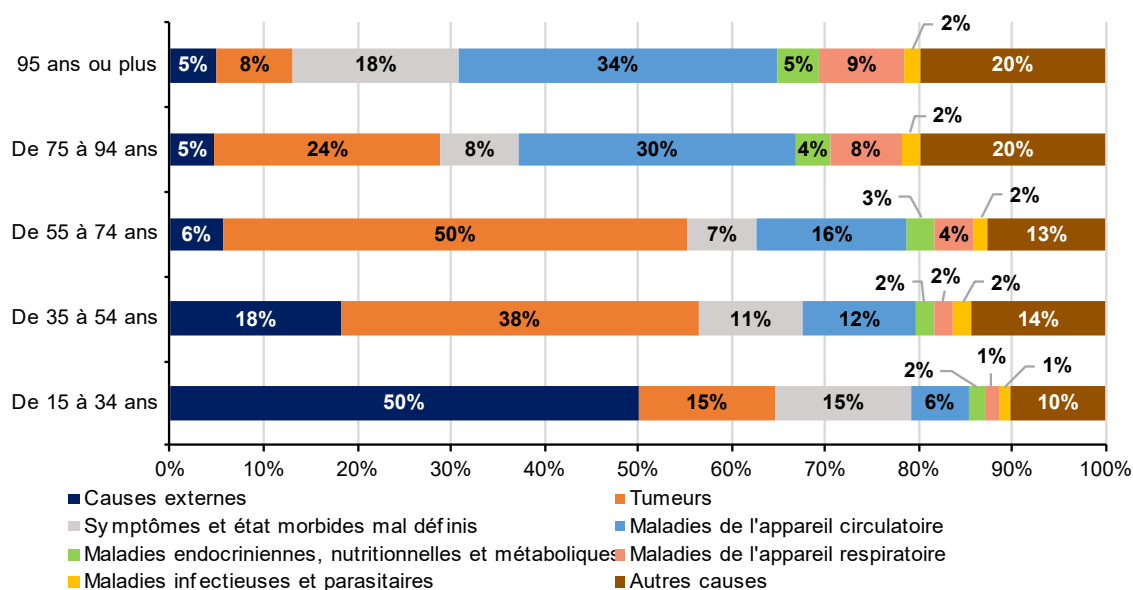


Figure 17 - Causes de décès selon l'âge en 2014, Population générale

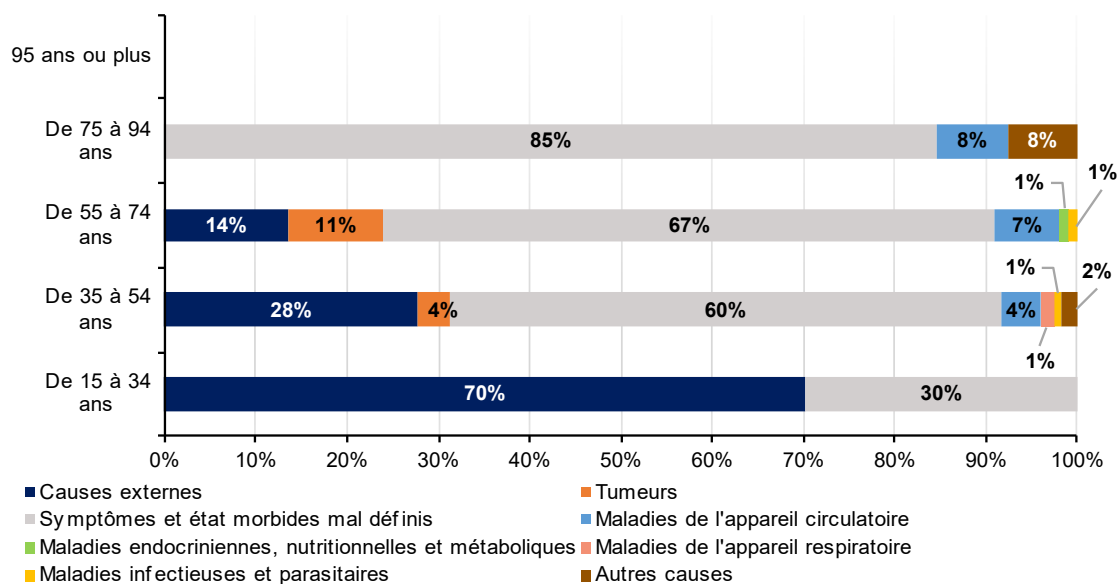


Figure 18 - Causes de décès selon l'âge en 2021, Personnes sans chez soi

Le pays d'origine semble également induire, avec l'âge, un effet sur les causes de décès (Figure 19). Parmi les plus jeunes, les causes externes de décès sont plus fréquentes chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France. Elles représentent ainsi près de 80% des décès chez les 15-34 ans nés à l'étranger et sont dues principalement des noyades, des homicides, des accidents de transports, des incendies, des suicides ou des chutes accidentelles.

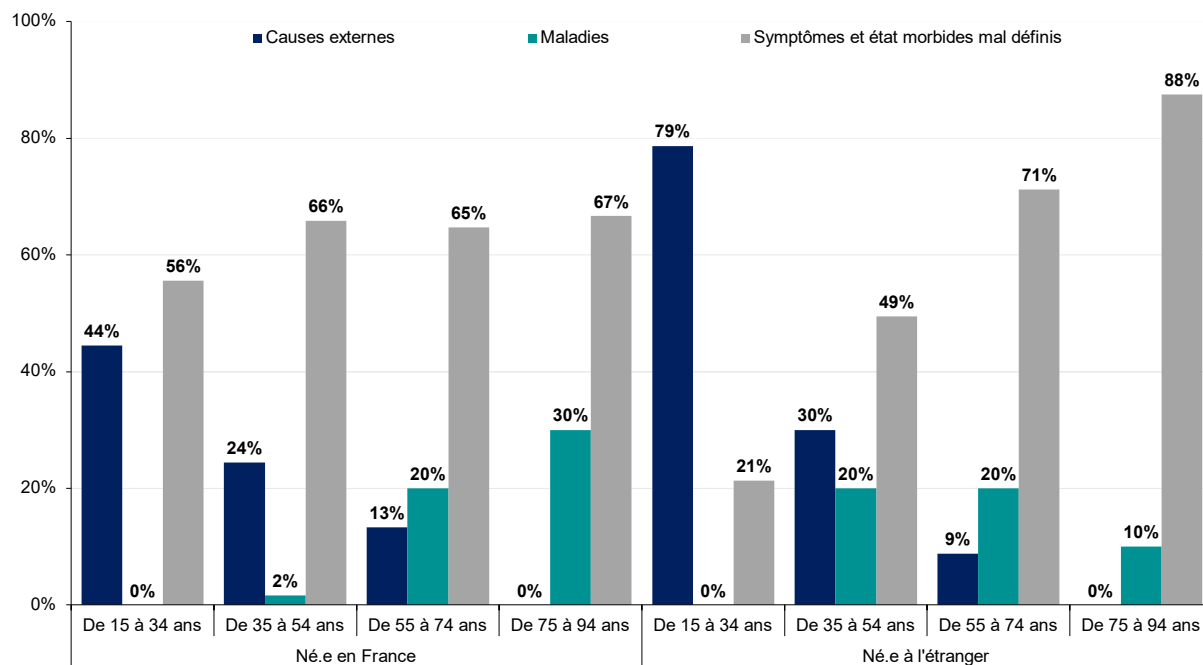


Figure 19 - Distribution des causes de décès selon la classe d'âge et le pays d'origine parmi les SCS décédés en 2021

Les 18-25 ans (2012-2021)

Le CMDR a identifié 185 décès de personnes âgées entre 18 et 25 ans parmi les 6350 décès de la période 2012-2021, soit 3%. La Figure 20 met en évidence une tendance à la hausse du nombre de décès pour cette tranche d'âge.

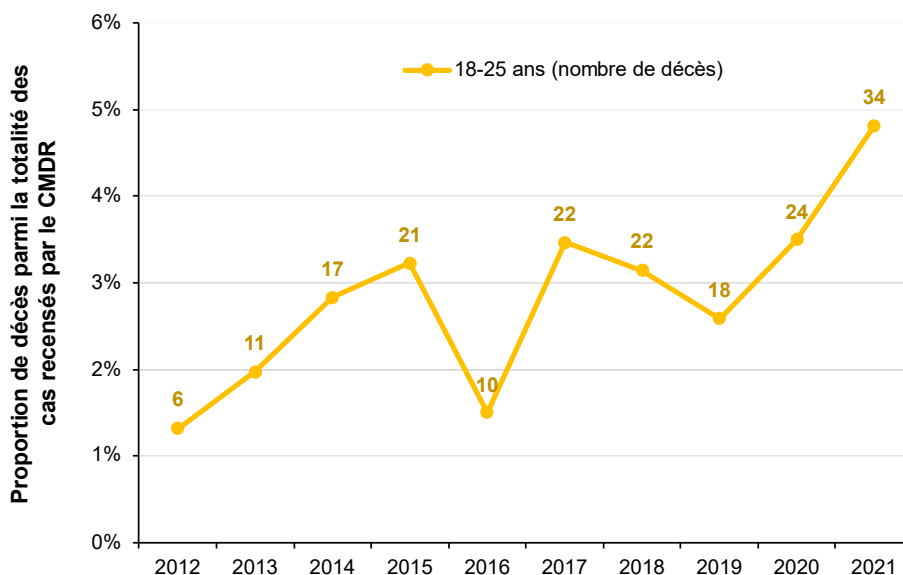


Figure 20 - Évolution de la proportion des 18-25 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (SCS, R-SCS, A-SCS, N=6 350)

L'âge moyen et la médiane au décès étaient de 22 ans. 25% étaient âgés de 20 ans ou moins et 25% de 23 ans ou plus (6% de données manquantes, valeur effective pour 173 individus).

Comme pour les personnes sans chez soi, la distribution de sexe est déséquilibrée parmi les 18-25 ans avec une surreprésentation des hommes (88%).

En 2012, les jeunes décédés recensés par le CMDR étaient tous nés en France. Depuis 2013, la proportion de décès de personnes nées à l'étranger est devenue supérieure. Sur l'ensemble de la période 2012-2021, 64% des décès des personnes âgées entre 18 et 25 ans ont concerné des jeunes nés à l'étranger, contre 32% des jeunes nés en France.

Les principaux pays d'origine des jeunes de 18 à 25 ans décédés depuis 2012 sont représentés sur la figure 21. Il s'agit surtout du Soudan, de l'Irak, l'Algérie, l'Afghanistan, l'Érythrée et la Roumanie. En 2021, 9 jeunes originaires d'Irak sont décédés en France en tentant de traverser la Manche.

Mohamed, 17 ans

Mohamed, arrive en France après un parcours d'exil et se retrouve à la rue. Reconnu comme mineur non accompagné, il est pris en charge par l'ASE et intègre une structure d'hébergement. C'était un garçon apprécié pour sa gentillesse et sa bonne humeur. Il faisait preuve d'une grande résilience malgré les épreuves personnelles auxquelles il avait fait face. Depuis quelques semaines, Mohamed avait débuté un CFA. Mais un matin, en se rendant à vélo à son apprentissage, il fut percuté par une voiture. Mohamed avait 17 ans.

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

Proportion de participants

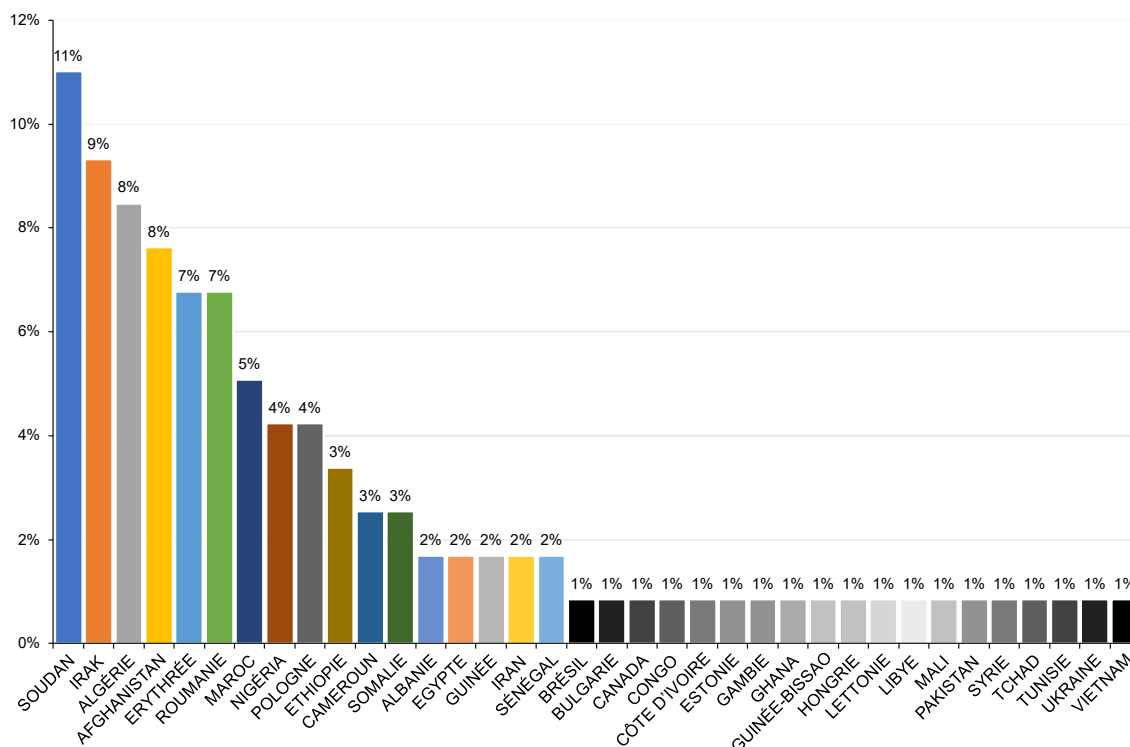


Figure 21 – Distribution des 18-25 ans décédés entre 2012 et 2021 selon leur pays d'origine représentés selon leur nombre absolu, n=114)

Pendant la période 2012-2021, la majorité des 18-25 ans (45%) étaient en situation de rue, avec des variations importantes selon les années (environ 80% en 2014 et 2015, 17% en 2019). 9% étaient en situation d'hébergement et 42% ont été classés en probablement sans chez soi. 2% (n=4) jeunes étaient arrivés à la rue depuis moins de 6 semaines et 2 personnes avaient eu accès à un logement.

La très grande majorité des décès chez les 18-25 ans surviennent hors de Île-de-France (83%) ce qui est différent de l'ensemble des sans chez soi (57%, 2012-2021) et principalement dans les Hauts-de-France (33%). La majorité des décès des jeunes nés à l'étranger surviennent dans cette région (42%), puis en Île-de-France (23%) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%). A contrario, les décès des jeunes nés en France sont plus dispersés au niveau régional avec 18% dans les Hauts-de-France, 15% en Occitanie, 13% en Nouvelle-Aquitaine, 10% en Bretagne, 8% dans le Grand Est et 8% en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les décès sont principalement survenus sur la voie publique (53%) et dans des abris³² (18%). Seulement 9% surviennent dans des lieux de soins ou des structures d'hébergement.

La proportion de données manquantes ne s'élevant qu'à 21% (contre 55% pour l'ensemble des personnes sans chez soi), il est possible d'affirmer que les 18-25 ans recensés par le CMDR entre 2012-2021, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger, sont très largement décédés de causes externes (76%) à savoir : agression, suicide, accident de transport, intoxication, noyade. Ces causes ne diffèrent pas selon le pays d'origine.

³² cabane, cave, entrepôt, parties communes d'un immeuble, squat, tente...

Pour 52 personnes, des informations relatives à l'état de santé ont pu être recueillies au cours de l'enquête Dénombrer & Décrire (Tableau 6), soit seulement 28% des 18-25 ans.

On y constate le poids important des consommations à risque de substances psychoactives et des troubles psychologiques, témoignant de leur grande vulnérabilité.

Tableau 6 - Pathologies identifiées parmi les personnes de 18 à 25 ans décédées et recensées par le CMDR entre 2012-2021 et pour lesquelles une information de santé était existante

Pathologie	Effectif Homme (N=46)	Effectif Femme (N=6)	Effectif Total (N=52)	Proportion n/52
Usage de substances psycho-actives multiples - F19	27	5	32	62%
Troubles psychologiques - F00-F09 / F20-F99	19	0	19	37%
Consommation d'alcool - F10	17	0	17	33%
Tabagisme - F17	6	0	6	12%
Maladies du système nerveux - G00-G99	4	0	4	8%
Autres formes de cardiopathies I30-I52	2	1	3	6%
Maladie SAI - R69	2	0	2	4%
Symptômes et signes généraux - R50-R68	1	0	1	2%
Lésions traumatiques	1	0	1	2%
Cardiopathies ischémiques I20-I25	1	0	1	2%
Tumeurs C37-D48	1	0	1	2%
Maladies de l'appareil respiratoire - J00- J99	0	1	1	2%
Maladies infectieuses et parasitaires - A00-B99-U07	0	1	1	2%

Les mineurs (2012-2021)

Le CMDR a identifié 126 mineurs décédés parmi les 6 350 décès de la période 2012-2021, soit 2% des décès et l'étude qui suit concerne cette période de 9 ans. La Figure 22 représente l'évolution de la part des mineurs dans les décès recensés par le CMDR, elle met en évidence une baisse des cas pour l'année 2021.

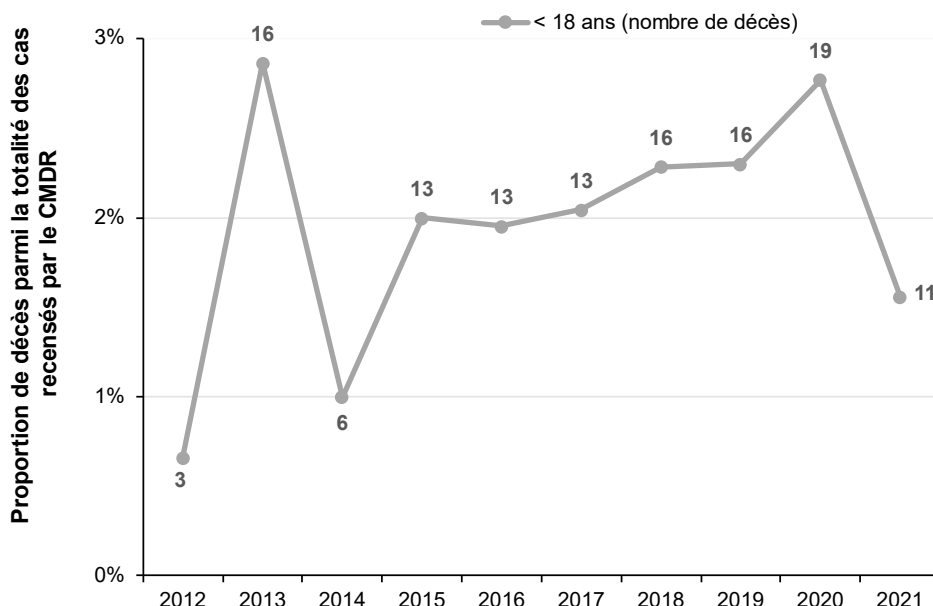


Figure 22 - Évolution de la proportion des moins de 18 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (SCS, A-SCS, R-SCS, N=6 350, 2012-2021)

L'âge moyen retrouvé parmi les décès de moins de 18 ans recensés entre 2012 et 2021 est de 7 ans (N=125, 1 donnée manquante) avec une médiane établie à 5 ans. La figure 23 présente la distribution des décès par classe d'âge et témoigne de l'importance des âges extrêmes (45 décès parmi les moins d'un an et 37 chez les plus de 15 ans).

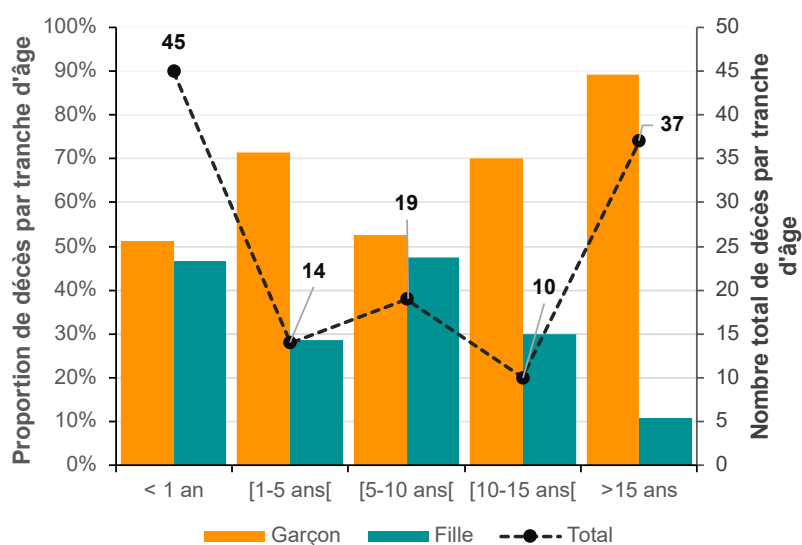


Figure 23 - Distribution des décès des mineurs selon le sexe et la classe d'âge parmi les 125 cas recensés par le CMDR entre 2012 et 2021 (1 donnée manquante)

Un enfant de 5 ans

La maman était arrivée en France enceinte. Hébergée par des proches, elle avait à la naissance de son enfant fait appel au 115. Prise en charge à l'hôtel, elle attendait sa régularisation. Son enfant était scolarisé.

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

Les moins d'un an représentent la tranche d'âge la plus importante avec 36% des décès, suivie des plus de 15 ans (30%). Le CMDR recense plus de décès parmi les garçons (66% contre 33%, 1 cas avec information manquante), et le sex-ratio tend à augmenter avec la montée en âge comme le suggère la figure 23. De 1 chez les moins d'un an, il atteint 2 chez les [10-15 ans[puis 8 chez les plus de 15 ans, évoluant progressivement vers 9,6 valeur pour l'ensemble des personnes sans chez soi.

Dans 52% des cas recensés, les mineurs sont nés à l'étranger (contre 41% en France et 7% sans l'information), principalement en Roumanie, Côte d'Ivoire, Guinée, Afghanistan, Algérie et Bulgarie (Figure 24).

Proportion de participants

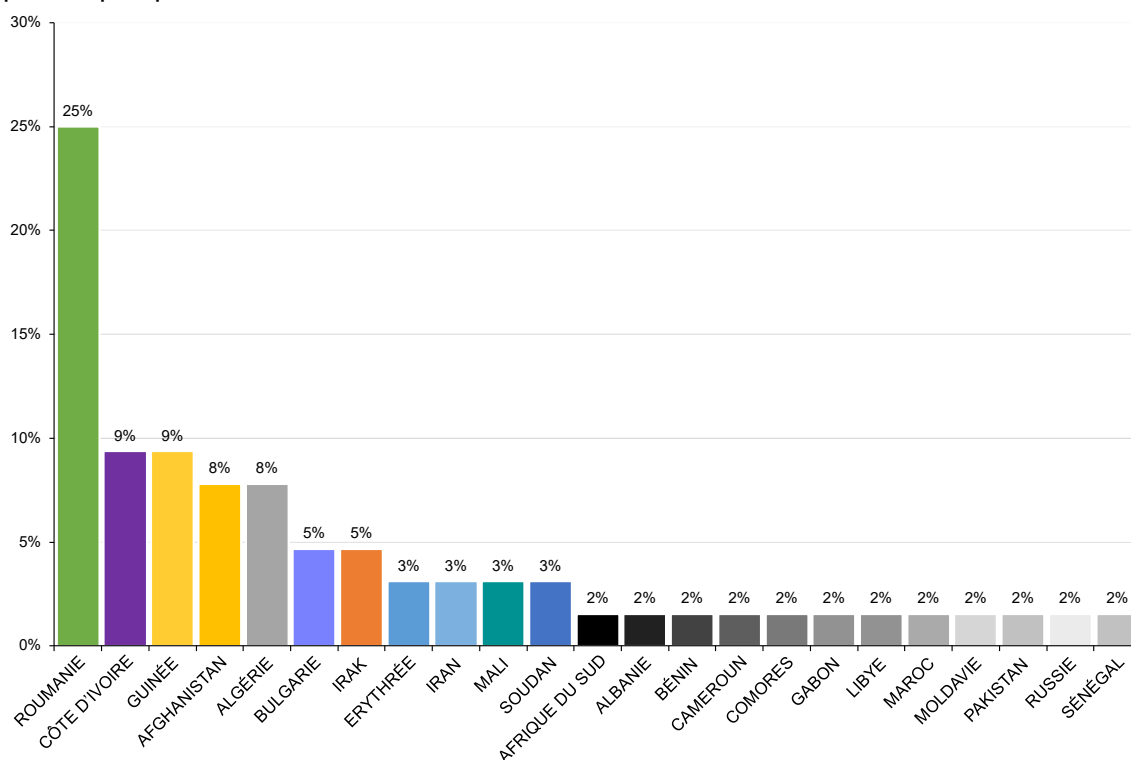


Figure 24 - Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les mineurs, parmi les 5 principaux pays d'origine hors France, CMDR 2012-2020

Parmi les 126 mineurs décédés, près de 62% sont nés de parents étrangers (37% de mineurs pour lesquels le pays de naissance des parents n'a pas été retrouvé et 1 cas dont les parents sont nés en France).

La majeure partie des mineurs vivait en famille (71%, n=89), 17% étaient isolés (n=21), 4% en couple ou en groupe (n=5) et dans 9% des cas (n=11), l'information est restée inconnue.

Ceux en famille sont quasi exclusivement des enfants de moins de 10 ans (87%) alors que les mineurs isolés sont âgés de 10 ans ou plus (86% âgés de 15 ans et plus, 14% entre 10 et 14 ans). Les mineurs en couple étaient uniquement des personnes de 15 ans ou plus.

38% des mineurs étaient en situation de rue selon la classification du CMDR, 33% en hébergement, 26% probablement sans chez soi (1 enfant était anciennement sans chez soi et 1 autre était récemment à la rue). Cependant, des différences significatives existent selon les années. Ainsi entre 2013 et 2017, la majorité des mineurs étaient en situation de rue, alors qu'en 2019, la majorité était hébergée. En 2021, 45% sont classés en probablement sans chez soi (donc sans l'information), 36% en hébergés et 9% en situation de rue.

L'Île-de-France concentre un grand nombre des décès (44%), suivie de la région Hauts-de-France (31%). Cette distribution selon la région se rapproche des proportions retrouvées pour l'ensemble des personnes sans chez soi.

Il est constaté en revanche, des différences lorsque l'âge est pris en compte. Ainsi, les décès en Île-de-France sont plus fréquents pour les tranches d'âges les plus jeunes (les moins de 10 ans), alors qu'ils sont plus fréquents en région pour les 10 ans et plus. Il s'agit de l'inverse de ce qui est observé pour l'ensemble des personnes sans chez soi pour qui les décès en région sont plus fréquents chez les plus jeunes.

La plupart des décès chez les moins de 18 ans sont survenus à l'hôpital (41%). Dans 29% des cas, ils sont survenus dans l'espace public et pour 17% dans un abri ou un campement. Seulement 7% ont eu lieu dans une structure d'hébergement. Pour 6%, cette information n'était pas disponible. Il est constaté des différences selon les années. Ainsi en 2012, 2014, 2015 et 2017, le lieu de décès principal était l'espace public (entre 38% et 67% selon l'année). Pour les autres années, c'est en revanche dans des lieux de soins que la majorité des décès sont survenus (de 31% en 2018 à 63% en 2021).

Cette distribution des lieux de décès est influencée par l'âge des mineurs. Pour chacune des tranches d'âge, le principal lieu de décès est en structure de soins sauf pour les plus de 15 ans qui sont 64% (n=37) décédés dans l'espace public.

Les principales causes de décès des mineurs sont les causes externes (49%) suivies des causes mal définies (37%) et des maladies (14%).

A l'exception des moins d'un an pour lesquels les principales causes de décès demeurent méconnues, les morts violentes (causes externes) sont les plus fréquentes pour chacune des tranches d'âge.

Les principales causes violentes de décès chez les mineurs sont les noyades (27%), les accidents de circulation (27%), les incendies (13%), les overdoses (11%), les suicides (6%), et les agressions (5%).

Majoritairement nés à l'étranger et de parents nés à l'étranger, vivant en famille, les mineurs sont décédés principalement en Île-de-France et Hauts-de-France, garçon ou fille, la distribution du sexe varie énormément avec l'âge du décès (pour exemple le sex-ratio de 1 pour les moins d'un an et de 8 chez les plus de 15 ans) notamment chez les plus de 15 ans où elle se rapproche de celle des jeunes adultes.

Les Anciens sans chez soi (2012-2021)

Un groupe particulier

Le CMDR a pu identifier près de 818 personnes qui, après avoir connu un parcours d'errance allant de plusieurs mois à plus de 10 ans pour certaines, ont eu accès à un logement mais sont malheureusement décédées entre 2012 et 2021.

Tableau 7 - Comparaison des principales caractéristiques des personnes A-SCS, 2012-2021

Variables	SCS 2012-2021 (N=5508)		A-SCS 2012-2021 (N=818)		Valeur p
	n	%	n	%	
Sexe					<0,001*
Masculin	4898	(89)	695	(85)	
Féminin	507	(9)	119	(15)	
Manquant	103	(2)	4	(<1)	
Age					<0,001*
Age moyen	49		61		
Détails : n ; mediane ; (Q1-Q3) ; [min-max]	5 008 ; 50 ; (41-59) ; [0-95]		803 ; 60 ; (53-69) ; [14-102]		
Classes d'âge					<0,001*
< 25 ans	303	(6)	3	(<1)	
25 ans et plus	4838	(88)	803	(98)	
Manquant	367	(7)	12	(1)	
Pays de naissance					<0,001*
France	2627	(48)	608	(74)	
UE	918	(17)	48	(6)	
Hors UE	1238	(22)	116	(14)	
Manquant	725	(13)	46	(6)	
Région de décès					0,049
Ile de France	2323	(42)	375	(46)	
Autres régions	3185	(58)	443	(54)	
Lieu de décès					<0,001*
Hébergement/logement	613	(11)	375	(46)	
Abri	668	(12)	1	(<1)	
Voie/espace public	1763	(32)	40	(5)	
Lieu de soins	1771	(32)	272	(33)	
Détention	29	(1)	0	(0)	
Manquant	664	(12)	130	(16)	
Saison					<0,001*
Manquant	267	(5)	21	(3)	
Hiver	1439	(26)	216	(26)	
Printemps	1158	(21)	205	(25)	
Été	1194	(22)	192	(23)	
Automne	1450	(26)	184	(22)	
Type de décès					0,162
Causes SAI	3050	(55)	524	(64)	
Causes externes	1407	(26)	65	(8)	
Maladies	1051	(19)	229	(28)	
Temps d'errance global					
Ne sait pas	636	(48)	75	(44)	
< 6 mois	25	(2)	1	(1)	
[6 mois - 12 mois[	27	(2)	4	(2)	
[1 an - 5 ans[	195	(15)	18	(11)	
[5 ans - 10 ans [	156	(12)	25	(15)	
≥ 10 ans	279	(21)	49	(28)	
Manquant	4190	(76)	646	(79)	

* valeur p significative pour $p < 0,05$

Chantal, 65 ans

Chantal 65 ans, dormait sous une tente dans une grande agglomération, lorsqu'elle a été découverte particulièrement affaiblie. Hospitalisée en urgence, elle est décédée quelques jours plus tard.

Chantal avait vécu avec son mari dans un logement pendant près d'une quarantaine d'année. Au décès de celui-ci, elle s'était retrouvée à la rue. Après de mauvaises expériences dans des structures d'hébergement, un propriétaire lui avait prêté un terrain sur lequel, elle avait installé sa tente. Elle se rendait dans les accueils de jour notamment pour y prendre des douches. Elle avait un chien qui était très important pour elle. Elle était suivie par une assistante sociale mais elle n'avait plus de sécurité sociale et le suivi médical était rendu difficile. Pourtant Chantal présentait une certaine souffrance et un suivi notamment psychologique aurait été bienvenu.

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

Le recensement de cette population est très loin d'être exhaustif et ne peut pas l'être. Le CMDR ne reçoit qu'un très faible nombre de signalements car une fois ayant accédé à un logement, ces personnes ne bénéficient plus du même suivi par les différents acteurs de l'AHIL. Les éléments suivants sont donc succincts et représentent uniquement des cas que le système a pu identifier. De plus, nous n'avons aucune information relative à la durée d'occupation du dit logement. Sans base de comparaison avec la population anciennement sans chez soi vivante, les analyses proposées ci-dessous sont à prendre avec beaucoup de recul.

Les principales caractéristiques de ce groupe de personnes sont présentées dans le tableau 7.

La proportion de femmes parmi les anciennement sans chez soi est plus élevée que parmi les personnes sans chez soi (15% contre 9%).

L'âge au décès est connu pour 803 personnes. Il est en moyenne de 61 ans (pas de différence entre hommes et femmes), soit plus élevé que l'âge moyen au décès des personnes SCS (49 ans).

74% des personnes anciennement sans chez soi étaient nées en France, 14% hors de l'Union Européenne, 6% dans l'Union. Pour 6%, le pays de naissance n'a pu être identifié. Cette distribution est significativement différente de celle obtenue chez les sans chez soi où les personnes nées en France sont beaucoup moins représentées (seulement 45%). Il est difficile de formuler des hypothèses sans avoir plus d'informations disponibles pour décrire les personnes nées à l'étranger (tant chez les SCS que les A-SCS) et notamment leur situation administrative (régularité du séjour, accès aux dispositifs).

Les A-SCS nés en France nettement plus nombreux que les A-SCS nés à l'étranger (ratio de 38 cas nés en France pour 1 cas né à l'étranger) décèdent à un âge plus jeune, en moyenne 60 ans contre 65.

En 2021, la distribution selon l'âge de décès des personnes A-SCS est représentée sur la figure 25 où elle est comparée à la population générale.

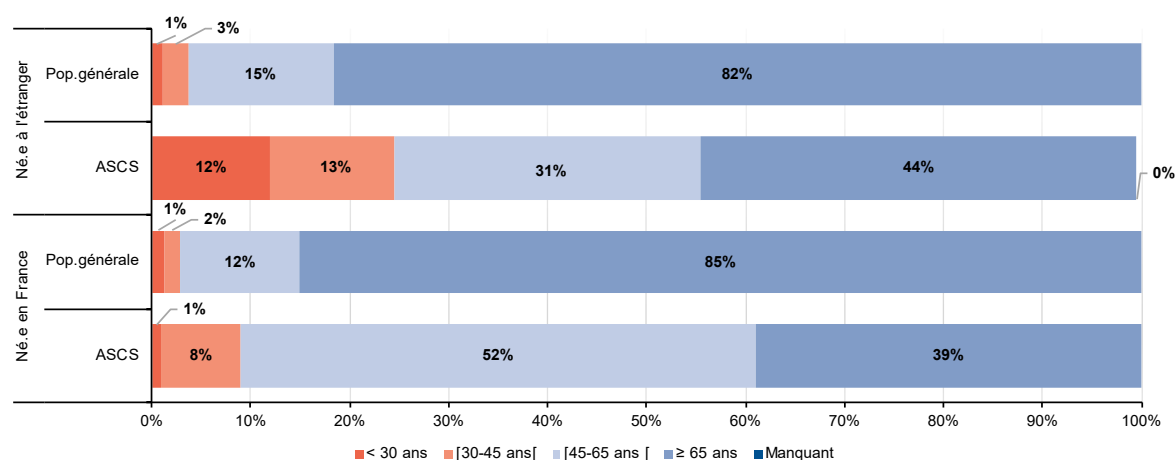


Figure 25 - Distribution des A-SCS et de la population générale selon le pays d'origine et la catégorie d'âge, décès de 2021

La distribution géographique des décès parmi les anciennement sans chez soi n'est pas différente de celle des personnes sans chez soi. Les principales régions où des décès ont été recensés sont en Île-de-France (46%), Pays de la Loire (9%), Provence Alpes Côte d'Azur (7%), Hauts-de-France (7%), Grand Est (6%), Bretagne (6%) et Auvergne Rhône Alpes (6%).

Cependant, le prisme du pays d'origine va induire, là encore, certaines différences. Ainsi, les personnes nées à l'étranger sont décédées majoritairement en Île-de-France (64%) contre seulement 43% pour les personnes nées en France. Il s'agit d'un constat similaire à celui observé pour les SCS mais également pour la population générale bien que dans de moindres proportions (cf. Figure 14).

De manière attendue, les lieux de décès des personnes anciennement sans chez soi sont différents. Parmi les cas recensés par le CMDR, la majorité décèdent dans son logement (46%) ou dans des lieux de soins (33%). Cette distribution des lieux de décès se rapproche ainsi de celle de la population générale (cf. Figure 15) où la proportion de décès en établissement de soins tend à augmenter avec l'âge à partir de 50 ans (Figure 26).

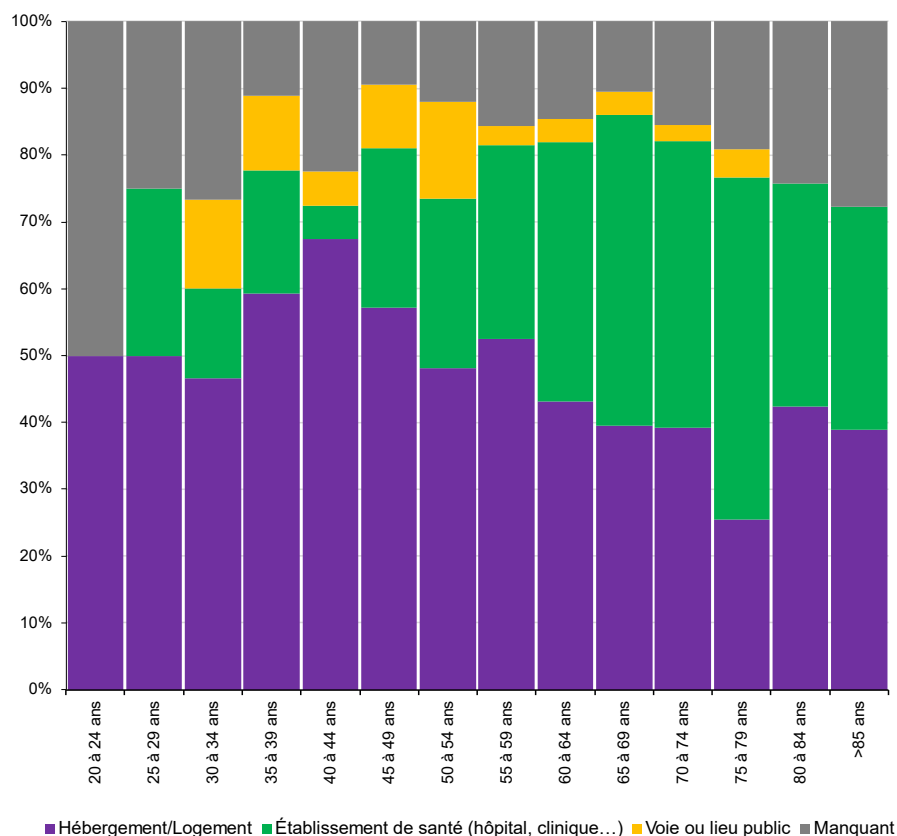


Figure 26 - Décès selon l'âge des A-SCS et le lieu du décès entre 2012 et 2021

Les causes de décès des A-SCS demeurent méconnues (64%, n=524) mais dans 28%, le décès était lié à une maladie. Pour seulement 8%, le décès était dû à une cause externe ce qui contraste avec les personnes sans chez soi où les morts violentes représentent au moins 25% des décès.

Le temps d'errance global³³ avant l'accès à un logement n'a été recueilli que pour 12% des cas (n=97). Parmi eux, le plus grand nombre avait passé plus de 10 ans en errance (n=49).

Pour 44% des A-SCS, une information relative à l'état de santé a pu être recueillie (39% pour les SCS). La figure 27 présente la prévalence de chaque pathologie parmi les cas pour lesquels une information était disponible. La comparaison entre SCS et A-SCS ne met pas en évidence de grandes différences en termes d'état de santé.

³³ Variable recueillie par le CMDR depuis 2020, d'où le nombre important de données manquantes

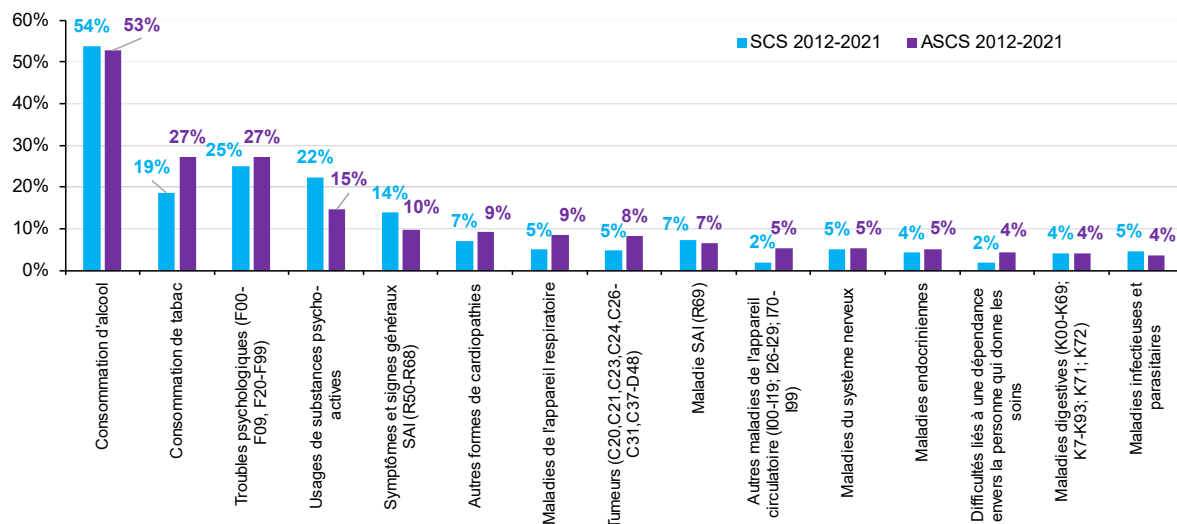


Figure 27 - Principales pathologies chez les SCS et les A-SCS pour lesquels une information de santé était disponible sur la période 2012-2021

Explorer le parcours résidentiel

A titre purement descriptif, nous avons tâché de rendre compte de la chronologie et du parcours résidentiel des personnes anciennement sans chez soi décédées.

La description du parcours résidentiel tel qu'il est construit dans le questionnaire de recueil permet de coder 10 lieux d'habitation/ de vie de manière antéchronologique. Il s'agit des lieux où la personne a dormi au moins une nuit. Cependant, l'information n'est pas toujours connue de manière précise des acteurs ressources³⁴. Certains parcours présentent des zones d'ombres où il manque l'étape intermédiaire entre 2 lieux de vie par exemple. Il n'est pas toujours possible de remonter le parcours jusqu'à la situation antérieure au début de l'errance. A cela s'ajoute la notion de durée passée dans chacun de ces lieux, codée en jours dans le questionnaire du CMDR. Mais là encore, l'information n'est pas toujours connue de l'acteur ressource et lorsque c'est le cas, il s'agit souvent d'une estimation en classe de temps (+/- 1 mois, au moins 6 mois, etc..). De fait, il n'est pas possible de comparer les parcours car ils ne s'étalent pas sur le même « pas de temps ».

Ainsi parmi les A-SCS entre 2012 et 2021, l'analyse des différentes variables disponibles montre que le dernier lieu d'habitation est renseigné dans 88% des cas, l'avant dernier dans 58% et l'antépénultième dans seulement 38% des cas. En termes de durée d'habitation, ces proportions sont plus dégradées avec respectivement 41% d'informations disponibles pour la durée du dernier lieu d'habitation, 30% pour l'avant dernier et 17% pour l'antépénultième.

L'année 2021 ayant permis un traitement plus important des dossiers des A-SCS, il a été choisi de manière arbitraire de décrire leur parcours résidentiel sous l'angle de la succession des 4 derniers lieux d'habitation³⁵. Ce faisant, il a été comparé, au préalable, les principales caractéristiques des A-SCS décédés en 2021 par rapport à ceux des années précédentes (Tableau 8) afin de s'assurer de l'absence de différences significatives entre les 2 groupes.

³⁴ Travailleurs sociaux, bénévoles, éducateurs, professionnels de santé ou autre intervenant ayant connu et côtoyé la personne sans chez soi ou anciennement sans chez soi de son vivant.

³⁵ En effet, ils étaient renseignés dans :

- 100% des cas pour le dernier lieu d'habitation
- 90% des cas pour l'avant dernier
- 65% pour l'antépénultième
- 47% pour le pré-antépénultième

Tableau 8 - Comparaison des principales caractéristiques des A-SCS décédés et recensés sur la période 2012-2020 par rapport à 2021

Variables	ASCS 2012-2020 (n=737)		ASCS 2021 (n=81)		Valeur p
	n	%	n	%	
Sexe					0,83
Masculin	627	(85)	68	(84)	
Féminin	106	(14)	13	(16)	
Manquant	4	(1)	0	(0)	
Age					0,42
Age moyen	61		60		
Détails : n ; médiane ; (Q1-Q3) ; [min-max]	723 ; 61 ; (53-69) ; [14-102]		80 ; 60 ; (53-70) ; [24-88]		
Classes d'âge					0,26
< 25 ans	2	(<1)	1	(1)	
25 ans et plus	723	(98)	80	(99)	
Manquant	12	(2)	0	(0)	
Pays de naissance					0,42
France	544	(79)	64	(80)	
UE	41	(6)	7	(9)	
Hors UE	107	(15)	9	(11)	
Manquant	45	(6)	1	(1)	
Région de décès					0,56
Ile de France	335	(45)	40	(49)	
Autres régions	402	(55)	41	(51)	
Lieu de décès					0,04*
Hébergement/logement	337	(46)	38	(47)	
Abri	0	(0)	1	(<1)	
Voie/espace public	34	(5)	6	(7)	
Lieu de soins	243	(33)	29	(36)	
Manquant	123	(17)	7	(9)	
Saison					0,84
Manquant	20	(3)	1	(1)	
Hiver	198	(27)	18	(22)	
Printemps	184	(25)	21	(26)	
Été	171	(23)	21	(26)	
Automne	164	(22)	20	(25)	
Type de décès					0,13
Causes de décès mal définies et inconnues	473	(64)	51	(63)	
Causes externes	54	(7)	11	(14)	
Maladies	210	(28)	19	(23)	
Temps d'errance global					
Ne sait pas	41	(6)	34	(42)	
< 6 mois	0	(0)	1	(1)	
[6 mois - 12 mois[	3	(<1)	1	(1)	
[1 an - 5 ans[	9	(1)	9	(11)	
[5 ans - 10 ans [	16	(2)	9	(11)	
≥ 10 ans	22	(3)	27	(33)	
Manquant	646	(88)	0	(0)	

* valeur p significative pour $p < 0,05$

Les résultats obtenus sont présentés sur la figure 28 qui représente les flux pour les 4 derniers lieux d'habitation connus et pour chacune des catégories³⁶. *Il faut lire : dans le pré-antépénultième lieu d'habitation, 43 personnes A-SCS étaient dans un lieu non connu (soit 53% de 81 A-SCS). Parmi les personnes dont le 3^{ème} lieu d'habitation était non connu (28 cas, 35%), il y a 9 cas pour lesquels, l'avant dernier lieu d'habitation n'était toujours pas connu.* Les catégories sont issues de la classification ETHOS.

Parmi les 16 sans abri identifiés dans le 4^{ème} lieu d'habitation, 11 ont été orientés vers une structure d'hébergement, 2 vers un lieu de soins, 1 vers un logement, 1 en prison et 1 est parti s'installer dans un habitat précaire. Au niveau du 3^{ème} lieu d'habitation, il est constaté que 19 personnes sont en structure d'hébergement. Parmi elles, 9 ont été orientées vers un logement accompagné, 3 vers un logement, 4 sont restées en structure d'hébergement, 1 a été orientée vers un lieu de soins et 2 se sont retrouvées sans abri. Toute interprétation demeure biaisée étant donné le profil restreint des cas présentés.

³⁶ Le diagramme se lit de gauche (pré-antépénultième lieu d'habitation connu) à droite (dernier lieu d'habitation connu). La hauteur de chaque barre verticale à chaque lieu d'habitation représente le nombre de cas.

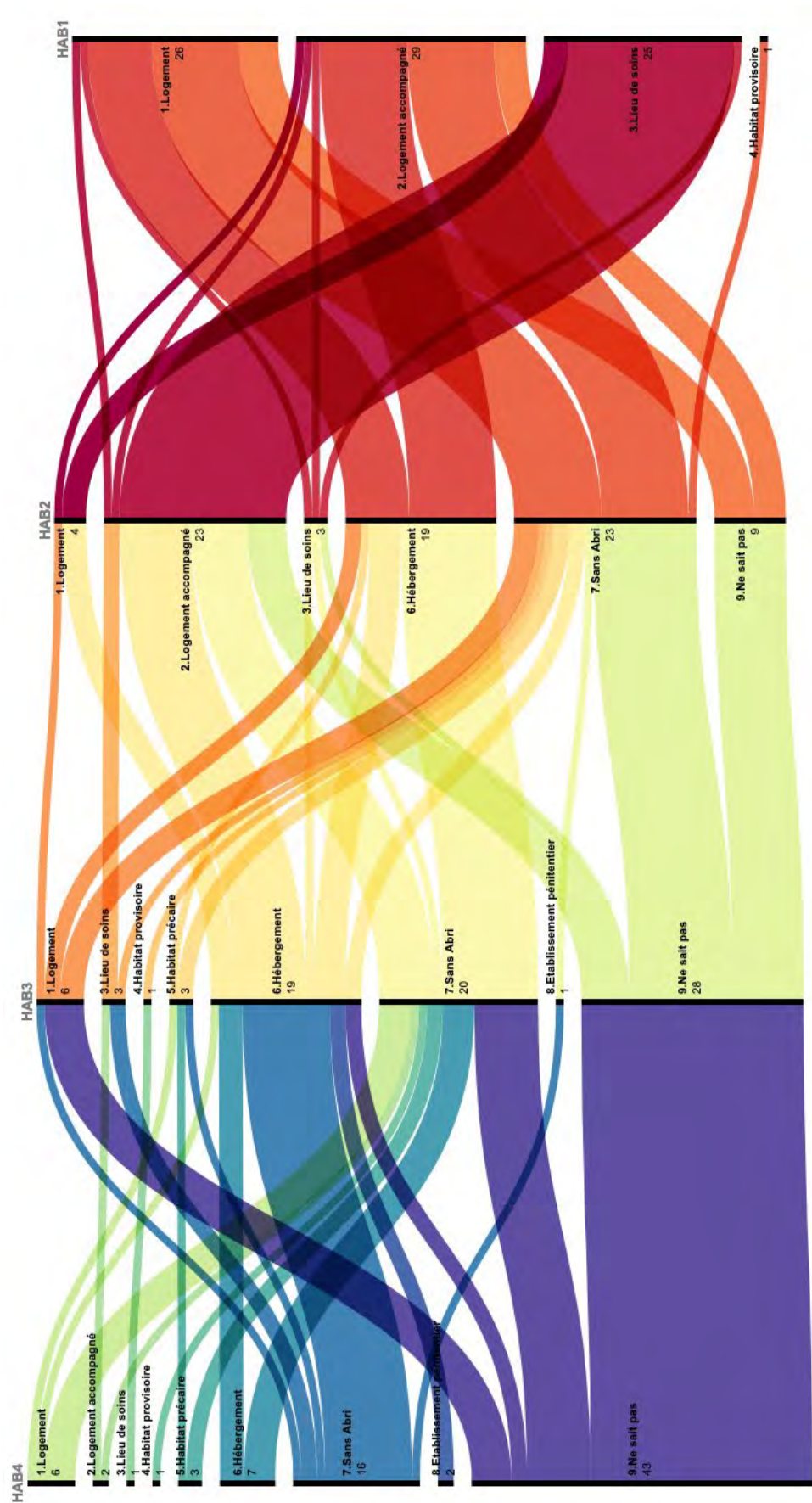


Figure 28 - Diagramme de flux des 4 derniers lieux d'habitation connus pour les A-SCS décédés en 2021

DISCUSSION

Les Sans Chez Soi

Le nombre de personnes sans chez soi décédées recensées en 2021 par le CMDR s'élève à 620, en légère augmentation par rapport à l'année 2020 (+3%). Ces chiffres restent très probablement inférieurs à la réalité du fait de l'exhaustivité limitée de la surveillance menée par le Collectif (20).

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi estimé à 48 ans en 2021 demeure inférieur de plus d'une trentaine d'années à celui de la population générale en France. Cette différence notable est également retrouvée par C. Vuillermoz sur la période 2008-2010 (49 ans contre 77 ans) (21) et par J. Romaszko (10) en Pologne. Nielsen et al, estiment que l'espérance de vie des sans domicile pour la tranche 15-24 ans est diminuée respectivement de 21 ans pour les hommes (39 ans contre 60 ans en population générale) et de 18 ans pour les femmes (47 ans contre 65 ans en population générale) (24).

La mortalité des personnes recensées par le CMDR depuis 2012 touche dans près de 9 cas sur 10 les hommes alors que la mortalité en population générale est relativement équilibrée entre les sexes et que les hommes ne représentent que 62% des personnes sans domicile vivantes selon l'étude Sans Domicile de l'INSEE en 2012. Ce résultat concorde avec certaines études antérieures (16)(25) sur les personnes sans domicile mais n'est pas généralisé. M. Nordentoft (15), à Copenhague, estime que les femmes sans domicile sont plus à risque de décès, quand Beijer U. (13), à Stockholm, conclut à une absence de différence selon le sexe. L'étude HYTPEAC (7), sur Paris et l'Île-de-France, a cependant mis en évidence, une plus forte présence masculine parmi les personnes vivant dans l'espace public avec un sex-ratio de 17 contre 2 en structures d'hébergement. Le compte rendu de la 7^{ème} plateforme Logement d'Abord de juin 2020 qui avait pour thématique « Les femmes sans logement » (26) suggère un certain nombre d'hypothèses pouvant expliquer le moindre recensement de décès parmi les femmes sans chez soi. Les stratégies d'invisibilité mises en œuvre par ces dernières et le recours à des hébergements chez un tiers pourraient expliquer une moindre connaissance par les acteurs de l'AHJ de ce public et de fait un moindre signalement des décès.

42% des décès en 2021 sont survenus en Île-de-France et concernent principalement des personnes nées à l'étranger, à l'inverse des décès survenus en région. Ne pouvant pas corréler cette information avec la possession ou non de la nationalité française, certaines informations font défaut. Une partie de l'explication pourrait tenir à la situation de migration. L'Île-de-France concentre à elle seule près de la moitié des demandes d'asile en France. Par ailleurs, les personnes migrantes sont confrontées à de multiples enjeux dont celui de l'accès aux soins. Seulement 51% des personnes sans titre de séjour éligibles à l'AME sont couvertes par le dispositif dans l'étude Premiers Pas (27) alors que le poids des troubles psychiques et psycho-traumatismes chez les migrants est lourd (28). Le rapport du Secours Catholique – Caritas (29) pointe l'augmentation des personnes de nationalité étrangère prises en charge dont le statut légal de plus en plus précaire (sans papier, attente de régularisation) est associé à une absence de ressources et de droits reconnus. En revanche, la densité démographique et l'implantation historique du CMDR conduit-très probablement à une surreprésentation des décès en Île-de-France par rapport aux autres régions et territoires ultramarins et donc des décès de personnes nées à l'étranger.

En l'absence d'accès à des dispositifs d'hébergement adaptés à leur situation et d'un accompagnement médico-social adéquat, il est probable que les personnes migrantes, tout du moins pour les catégories d'âge les plus jeunes, se retrouvent particulièrement vulnérables face à la vie sans chez soi. La Fédération des Acteurs de la Solidarité a coordonné une dizaine d'associations pour documenter l'accès des exilés à la demande d'asile, leur accès aux droits et leurs conditions de vie et d'accès aux services (30). Ce travail dresse un constat alarmant sur un dispositif qui produit de la vulnérabilité et fragilise les demandeurs d'asile.

Jean, 57 ans

Jean vivait à la rue depuis 7 ans. Il était apprécié des habitants du quartier où il s'était installé. Certains lui apportaient de la soupe, d'autres des vêtements. Jean n'aimait pas les foules, c'était toujours le dernier à venir au contact lorsque la maraude passait.

Très généreux, il soutenait les autres sans-abri. Mais il n'aimait pas dépendre des autres.

Dans un peu moins d'un tiers des cas, les décès sont dus à une cause externe (accidentelle et/ou violente), ils touchent principalement des jeunes (70% des 15-34 ans sont décédés de morts violentes). Dans 12% des cas, le décès est dû à une maladie (tumeurs, maladie de l'appareil circulatoire) et concerne des personnes plus âgées. Cependant la proportion de personnes dont la cause de décès est demeurée mal connue ou non précisée est très importante (58%). Si l'importance des causes externes dans les décès des personnes sans chez soi est retrouvée dans l'étude de C. Vuillermoz (21), à Londres (31) et plus encore dans les études des années 1990-2000 (32)(33)(34)(35)(36)(15), d'autres études mettent en évidence le poids des maladies (maladies liées à l'appareil circulatoire, tumeurs) dans les décès de la population sans domicile (11)(17)(37)(10). Si, aux États-Unis, cette dualité entre causes de décès semble associée à l'âge (les plus jeunes décédant plus fréquemment par suicide, overdose ou agression, et les plus âgés par maladies), elle n'est pas retrouvée en Europe (38). En revanche, il est notable que les causes de décès externes (accidentelle et/ou violente) touchent toutes les classes d'âge des personnes SCS alors qu'elles ne concernent que les plus jeunes en population générale. Ce constat met en évidence la plus grande vulnérabilité et la violence existante lorsqu'on est sans chez soi.

La fréquence plus élevée de décès par cause externe en région comparé à l'Île-de-France est liée à un effet source. En effet, les médias qui sont la 3^{ème} source de signalement du CMDR (avec 22% des signalements, cf. Partie 2, Évaluation du système de surveillance), ont la particularité de signaler principalement des décès en région (83% de signalements hors de l'Île-de-France) et de causes violentes (près de 57% des signalements médiatiques). Et cette année, les décès signalés par la presse dans la région Hauts-de-France ont été particulièrement dramatiques comme en témoigne le naufrage de 27 migrants au large de Calais le 24 novembre 2021 (39).

Même avec 55% de données manquantes (341 sur 620), on constate que près de 43% des personnes recensées (266 sur 620) ont passé plus d'un an en errance. 17% (108 sur 620) ont vécu plus de 10 ans sans chez soi. Dans la littérature, il est retrouvé par l'INSEE en 2012 que le temps moyen passé sans domicile était estimé à 8 mois pour l'ensemble des sans domicile francophones. L'étude HYTPEAC estimait que le temps moyen depuis la perte du premier logement était de 10,6 ans pour les personnes vivant dans l'espace public et de 6 ans pour les personnes vivant dans les dispositifs d'hébergement.

Une tendance est constatée : l'âge au décès tend à augmenter avec le temps d'errance. Ce constat est surprenant puisque l'inverse serait plutôt attendu au regard de la vulnérabilité liée la vie sans chez soi. Une première explication à ce résultat résulte dans le fait que le CMDR ne recense que des personnes décédées. Ainsi, lorsque les personnes SCS décèdent à un âge avancé, elles ont une probabilité plus élevée d'avoir connu une longue période d'errance. A cela s'ajoute la distribution des données manquantes pour la variable « temps d'errance » qui est beaucoup plus élevée chez les moins de 65 ans (près de 52% des cas, contre 35% chez les plus de 65 ans). Cela conduit à une surreprésentation des plus âgés avec un long parcours d'errance. Il pourrait y avoir une forme de « biais du survivant », les cas avec un temps d'errance élevé sont ceux qui ont survécu et sont donc plus âgés, car sachant mieux recourir aux dispositifs de prise en charge (soins, mise à l'abri, etc.), possiblement mieux connus par les acteurs donc plus fréquemment signalés au CMDR. Les personnes en errance depuis longtemps mais qui changent régulièrement de lieu de vie sont de fait plus difficiles à suivre et donc possiblement moins connues des maraudeurs qui les signalent moins au Collectif lors de la survenue du décès. Par ailleurs, la variable « temps d'errance » est généralement sous-estimée du fait de la méthode de recueil. Lors de l'enquête D&D, c'est parfois la date de la première rencontre entre le bénéficiaire et l'intervenant qui est considérée et non le début effectif de l'errance.

Publics spécifiques

L'analyse rétrospective des décès survenus parmi les mineurs (<18 ans) et chez les 18-25 ans depuis 2012 conduit à certains constats. Ces décès touchent principalement des personnes nées à l'étranger ou nées de parents nés à l'étranger. Le rapport du Secours Catholique constate également, parmi les bénéficiaires de leur dispositif, une augmentation du nombre des hommes, femmes et enfants nés à l'étranger (29) et ce depuis 2010.

Les pays d'origine de ces groupes de populations spécifiques, constituent un reflet des crises qui ont traversé le monde au cours des dernières années (Soudan, Irak, Afghanistan, Érythrée, Côte d'Ivoire).

Les jeunes de 18-25 ans étaient principalement en situation de rue et exposés à des comportements à risques (consommation de substances psychoactives) avec une grande vulnérabilité (souffrances psychologiques et psychotraumatiques). Ces constats limités par la faible qualité des données sont en cohérence avec des études menées à l'étranger (40). Le CMDR relève des décès liés à une cause externe accidentelle ou violente dans 76% des cas.

Chez les mineurs, il est observé une mortalité plus élevée parmi les moins d'un an et chez les 15 ans et plus. 71% vivaient en famille (principalement des enfants de moins de 10 ans) et 17% étaient isolés (uniquement parmi les 10 ans et plus). Les décès sont principalement survenus dans des lieux de soins et dans l'espace public.

Les problématiques de la santé des mineurs étrangers ou nés de parents étrangers sont partagées. L'étude de M. Wallace (41) décrite dans la Santé en Action (27) montre, en population générale, que le taux de mortalité infantile est plus élevé chez les enfants nés en France de parents immigrés et cible certaines pistes à explorer comme le recours aux soins, les interactions avec le système de santé, les obstacles à l'accès aux soins, les discriminations. En 2017, le Comité pour la santé des exilés (Comede) estime « que 50 000 enfants sont particulièrement vulnérables, dont une moitié sont des mineurs isolés et l'autre des enfants relevant de l'OFPPRA au titre de l'asile. » (42). Il identifie des problématiques d'hébergement, de couverture maladie et de barrière de la langue. Il recense également de la dénutrition (faim), une prévalence élevée des infections par hépatite B et l'importance des troubles psychologiques (favorisés par l'expérience de l'exil, les violences subies, les discriminations vécues, ...). Cette fragilité psychologique est également retrouvée par A. Hourdet. et al.(43) en 2020 auprès de mineurs non accompagnés pris en charge à la PASS de l'Hôtel Dieu à Paris.

Cette année, un accent particulier a été mis sur les personnes anciennement sans chez soi. Il ne s'agit pas de la catégorie pour laquelle le système de surveillance a été développé mais il est particulièrement intéressant de pouvoir analyser et approfondir le devenir de ces personnes qui ont connu à un moment de leur vie un parcours d'errance et qui ont pu bénéficier d'un accès à un logement. De fait, les résultats présentés dans le rapport sont à prendre avec recul, tant le nombre de décès recensés dans ce groupe est loin d'être représentatif. Toutefois, il est retrouvé que les personnes anciennement sans chez soi identifiées par le CMDR avaient une moyenne d'âge au décès supérieure à celle des personnes sans chez soi mais toujours inférieure à celle de la population générale (-18 ans) mais ce constat est très probablement biaisé par les signalements qui arrivent au CMDR : signalement car accès au logement plus récent ou parcours à la rue particulièrement marqué. Toutefois une étude anglaise tend à montrer que parmi des personnes vivant dans un logement, celles ayant connu un parcours à la rue, ont un risque de décès deux fois plus élevé après ajustement sur l'âge et le sexe. La fragilisation des corps et des esprits dus à la vie à la rue se poursuit, même après avoir eu accès à un logement (44). Certaines données, comme le temps depuis l'accès à un logement, sont malheureusement manquantes et auraient permis d'éclairer ce point. Il est également constaté des différences dans la composition des personnes ayant eu accès à un logement et malheureusement décédées avec une proportion moindre de personnes nées à l'étranger par rapport à ce qui est observé pour les personnes sans chez soi. En l'absence de données plus complètes et d'un recensement plus exhaustif ; toute interprétation serait maladroite.

Limites

Le recueil des décès effectué par le CMDR n'est pas exhaustif (20) et le nombre de décès non recensés est probablement très élevé malgré l'amélioration de la surveillance. Les tendances observées (augmentation progressive du nombre de décès notamment) ne sauraient traduire une évolution de la mortalité réelle des personnes sans chez soi même si elle est très vraisemblable. Pour ces raisons, le travail engagé avec l'INSERM-CépiDc en vue de répéter le croisement des bases de données du CMDR et du registre national des causes de décès en France (20)(21) permettra d'obtenir des données actualisées et de rendre compte plus précisément de la mortalité et de ses causes parmi les personnes sans chez soi.

Les données présentées ne sont que des données descriptives liées au décès. En l'absence de données démographiques pour la population des personnes SCS en France, il n'est pas possible d'établir des taux de mortalité, ou de risques relatifs de mortalité en rapport avec la population générale.

Du fait de son histoire et son lieu d'implantation en Île-de-France, le Collectif Les Morts de la Rue a développé des relations privilégiées avec certains acteurs locaux, permettant un signalement facilité des décès. Cette situation pourrait contribuer à une surreprésentation des décès dans cette région. Malgré tout, l'INSEE, en 2012, estimait que près de 43% des personnes sans domicile vivaient dans l'agglomération parisienne (45).

Le fait que certains décès soient signalés par des médias, d'autres par des associations et ce, à des périodes de l'année différentes, incite à considérer l'existence très probable d'un biais dans le profil des personnes décédées recensées par le CMDR, notamment quant à leur situation par rapport à la rue, au contexte social et aux circonstances du décès.

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

Perspectives

La surveillance de la mortalité par le CMDR nécessite d'être améliorée afin de répondre aux enjeux de l'exhaustivité des données. Il s'agit d'un axe de travail complexe mais qui permettrait d'obtenir une image plus représentative des personnes sans chez soi qui décèdent chaque année. Le travail d'évaluation décrit dans la partie 2 fournit des pistes d'actions et les résultats encourageants des enquêtes complémentaires portant sur l'utilité de la surveillance du CMDR par les acteurs de la recherche, de l'AHIL constituent des sources de motivation certaines.

Conclusion

Le présent document constitue la 10^{ème} édition du rapport D&D. 10 ans de surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi. 10 ans et plus de 5 500 personnes décédées recensées et pour lesquelles les équipes du CMDR ont tâché de leur rendre hommage, en recherchant les acteurs ayant pu les côtoyer, les suivre, en recueillant des informations sur leurs parcours, en interpellant.

Au minimum, 620 personnes sans chez soi sont encore décédées en 2021, à 48 ans en moyenne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marpsat M, Yaouancq F. Avant-propos L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. Paris: INSEE; 2016 p. 7-24. (Economie et statistiques). Report No.: 488-189.
2. L'état du mal-logement en France, 2022 [Internet]. Paris, France: Fondation Abbé Pierre; 2022 [cité 2 févr 2022] p. 359. Report No.: Rapport annuel #27. Disponible sur: https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/reml2022_web.pdf
3. F.Yaouancq, A.Lebrère, M.Marpsat, V.Régner, S.Legleye, M.Quaglia. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. juill 2013;(1455).
4. Breakey WR. It's time for the public health community to declare war on homelessness. Am J Public Health. févr 1997;87(2):153-5.
5. Laporte (Samusocial de Paris) A, Chauvin (Inserm) P, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E. SAMENTA. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Premiers Résultats. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris, INSERM; 2010 janv p. 227.
6. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. Br J Psychiatry. nov 2001;179:432-7.
7. A.Arnaud, S.Vandentorren. Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanées ». Observatoire du Samusocial de Paris; 2013 déc.
8. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CT, Looman CWN, Beeck EF van. Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010. PLOS ONE. 2 oct 2013;8(10):e73979.
9. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. BMJ [Internet]. 27 oct 2009 [cité 21 déc 2019];339. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b4036>
10. Romaszko J, Cymes I, Dragańska E, Kuchta R, Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. PLOS ONE. 21 déc 2017;12(12):e0189938.
11. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period. JAMA Intern Med. 11 févr 2013;173(3):189-95.
12. Ivers JH, Zgaga L, O'Donoghue-Hynes B, Heary A, Gallwey B, Barry J. Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. BMJ Open. 1 janv 2019;9(1):e023010.
13. Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. Scand J Public Health. mars 2011;39(2):121-7.
14. Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. JAMA. 26 avr 2000;283(16):2152-7.
15. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 12 juill 2003;327(7406):81.
16. Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. Acta Psychiatr Scand. févr 2001;103(2):105-10.
17. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, Gissler M, Wahlbeck K, Eriksson JG. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. J Epidemiol Community Health. 24 juill 2017;
18. Charlemagne A, Courouve L, Bonte J. Etude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri. Etude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social (ONPES). Cemka Eval; 2011 févr p. 82. Report No.: 2009-199.
19. Cha, O. La santé des sans abri. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 5 févr 2013;197(2):277-91.

20. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. *BMC public health*. 7 juill 2014;14:690.
21. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Moreno-Betancur M, et al. Mortality among homeless people in France, 2008–10. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):1028-33.
22. Organisation mondiale de la santé. CIM-10 [Internet]. 2008 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/>
23. FEANTSA. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Internet]. 2007 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
24. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*. 25 juin 2011;377(9784):2205-14.
25. Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA. Risk factors for death in homeless adults in Boston. *Arch Intern Med*. 13 juill 1998;158(13):1454-60.
26. Direction de la prospective et du dialogue public. Les Femmes sans logement. Direction de l'Habitat et du Logement; 2020 juin p. 40. (Compte rendu de la 7^{ème} plateforme Logement d'Abord).
27. SPF. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. La Santé en action [Internet]. mars 2021 [cité 25 mai 2021];(455). Disponible sur: [/import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante](https://import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante)
28. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation [Internet]. 2017. Disponible sur: En ligne : <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
29. Secours catholique, Caritas France. Etat de la pauvreté en France 2020. Budget des ménages des choix impossibles. [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.secoures-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs20-bd.pdf>
30. Les Oubliés du droit d'asile. Enquête sur les conditions de vie et l'accès aux droits des exilés fréquentant 5 structures d'accueil à Paris. Enquête réalisée du 1^{er} au 15 juin 2021 [Internet]. Fédération des Acteurs de la Solidarité, Watizat, France Horizon, Secours Catholique, Armée du Salut, Emmaüs Solidarité, Action contre la faim, Aurore, Samusocial de Paris; 2021 nov [cité 11 janv 2022] p. 65. Disponible sur: <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2021/12/Rapport-oublieadroitasile-2021-vfinale-web-sansreco.pdf>
31. Aldridge RW, Menezes D, Lewer D, Cornes M, Evans H, Blackburn RM, et al. Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. *Wellcome Open Res*. 2019;4:49.
32. 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*. 4 août 1994;331(5):304-9.
33. Hawke W, Davis M, Erlenbusch B. Dying without Dignity: Homeless Deaths in Los Angeles County: 2000 – 2007. 2007 [cité 21 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>
34. Hanzlick R, Parrish RG. Deaths among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90. *Public Health Rep*. août 1993;108(4):488-91.
35. Centers for Disease Control (CDC). Deaths among homeless persons--San Francisco, 1985-1990. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 20 déc 1991;40(50):877-80.
36. Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*. 13 avr 2004;170(8):1243-7.
37. Gambatese M, Marder D, Begier E, Gutkovich A, Mos R, Griffin A, et al. Programmatic Impact of 5 Years of Mortality Surveillance of New York City Homeless Populations. *Am J Public Health*. déc 2013;103(Suppl 2):S193-8.

38. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
39. Calais : au moins vingt-sept morts dans le naufrage d'une embarcation. *Le Monde* [Internet]. 24 nov 2021 [cité 11 oct 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/11/24/calais-au-moins-vingt-migrants-morts-dans-le-naufage-d-une-embarcation-dans-la-manche_6103452_3210.html
40. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 4 août 2004;292(5):569-74.
41. Wallace M, Khlat M, Guillot M. Infant mortality among native-born children of immigrants in France, 2008–17: results from a socio-demographic panel survey. *European Journal of Public Health*. 1 avr 2021;31(2):326-33.
42. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation [Internet]. 2019. Disponible sur: <file:///Users/julienambard/Downloads/Rapport-Comede-2019.pdf>
43. Hourdet A, Rénier M, Van de Steeg F, Rieutord G, de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs: Enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôtel-Dieu. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 13 oct 2020;(27):531-7.
44. Demakakos P, Lewer D, Jackson SE, Hayward AC. Lifetime prevalence of homelessness in housed people aged 55-79 years in England: its childhood correlates and association with mortality over 10 years of follow-up. *Public Health*. mai 2020;182:131-8.
45. Apur, INSEE. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. juin 2014;(72):4.
46. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale. Instruction interministérielle N°DGS/VSS/VSS2/DGSCGC/DGT/DGOS/DGCS/SGMAS/2018/236 du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019 [Internet]. 2018 oct [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: https://beta.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_44119/CIRC

ANNEXES

Annexe 1 – Sources de signalement

Réseau associatif

De nombreuses associations sont adhérentes du CMDR (Annexe 8) et le conseil d'administration du CMDR est composé de deux collèges : associations et particuliers. Le collège des particuliers est aussi ouvert aux personnes de la rue et/ou anciennement de la rue. C'est le cas actuellement pour deux administrateurs. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité. De la même façon, certaines associations nationales et les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue ou des morts isolés, qui transmettent généralement les données sur les décès qu'ils apprennent, sont en lien avec de nombreuses associations locales.

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

Ce réseau associatif est sollicité au quotidien par l'envoi de mails pour rechercher les proches ou informer d'un décès, par l'envoi de faire-part invitant aux célébrations annuelles (hommage public chaque année), par l'organisation de formations pour les associations, d'invitations à des groupes de paroles pour les personnes en deuil de quelqu'un qui vivait à la rue. Ce partenariat au quotidien permet aux associations de mieux connaître le CMDR à qui il communique spontanément les décès appris.

Sources institutionnelles

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

La DGCS transmet au CMDR depuis 2018 la liste anonymisée des décès de personnes sans chez soi survenus sur la voie publique durant la période hivernale (46). C'est à présent la DIHAL qui transmet cette liste au CMDR.

Réseaux sociaux

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

Des particuliers

Familles, amis, voisins, riverains, signalent des décès au CMDR, ou se tournent vers lui pour lui demander soutien.

Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR

abej SOLIDARITÉ
ACCUEIL SERVICE
ACTED
AUTREMONDE
AUX CAPTIFS LA LIBERATION
AVAF - Association Varoise d'Accueil Familial
BAGAGERIE ANTIGEL
CAFE ACCUEIL AUX GENS DE LA RUE
CMAO LILLE
CŒUR DU CINQ
COMMUNAUTE MAISON DE RETRAITE DES FILLES DU ST ESPRIT
COMPAGNONS DE LA NUIT
DE L'OMBRE A LA LUMIERE
DEPAUL FRANCE
EGLISE PROTESTANTE UNIE DE FRANCE
ENTRAIDE DU FOYER DE L'AME
ENTRAIDE ET PARTAGE AVEC LES SANS LOGIS
EQUIPES ST VINCENT
FONDATION DE L'ARMEE DU SALUT
FRATERNITE DU SERVITEUR SOUFFRANT
LA CLOCHE
LA SOUPE SAINT EUSTACHE
LDH BAGNOLET-LES LILAS
LES ENFANTS DU CANAL
MAISON DE LA SOLIDARITE
MEDECINS DU MONDE FRANCE
OPPELIA - CHARONNE
PALAIS DU PEUPLE - ARMEE DU SALUT
PETIT FRERES DES PAUVRES
PROTECTION CIVILE DE PARIS SEINE
ROBINS DES RUES
SECOURS CATHOLIQUE - NANTES
SOCIETE ST VINCENT DE PAUL
SOCIETE ST VINCENT DE PAUL - CONSEIL DEPARTEMENTAL YVELINES
SOLIDARITES NOUVELLES POUR LE LOGEMENT
SOS ACCUEIL
VIVRE SON DEUIL POITOU-CHARENTES

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

En 2002, des associations ou collectifs accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D’autres collectifs se sont créés après le CMDR à Paris. Aujourd’hui, des associations ou collectifs accompagnent les morts de la rue dans 18 villes françaises. Ces associations travaillent de manière indépendante et fonctionnent de façon différente les unes des autres. Elles échangent sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter-associatives. Les collectifs transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou anonymes, et plus ou moins renseignées. Des rencontres avec les collectifs régionaux portant sur la transmission des données ont eu lieu (Grenoble, Rennes, Lille, Strasbourg) entre 2015 et 2016, afin d’améliorer la transmission des données, en accord avec leurs modes de fonctionnement.

- Angers : Collectif Angevin des Morts de la rue
- Avignon
- Belfort
- Bordeaux
- Fougères
- Grenoble : Morts de Rue Grenoble
- Lille : Mémoire-Fraternité
- Lyon : Morts sans toi(t)
- Marseille : Marseillais Solidaires des Morts Anonymes
- Nancy
- Nantes : de l’Ombre à la Lumière
- Redon
- Rennes : Collectif Dignité Cimetière (et plusieurs communes d’Ille-et-Vilaine)
- Rouen : Association Rouennaise pour l’Adieu aux Morts Isolés
- Saint-Brieuc
- Saint-Malo
- Strasbourg : Grains de sable, Collectif Alsacien des Morts de la Rue
- Toulon : Collectif Varois des Morts de la Rue
- Toulouse : Gouttes de vie – CMDR31

Annexe 4 – Veille médiatique

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

Les mots clés utilisés pour cette recherche sont les suivants :

- « SDF » ;
- « mort SDF » ;
- « décès SDF » ;
- « corps SDF » ;
- « cadavre SDF » ;
- « marginal » ;
- « mort marginal » ;
- « décès marginal » ;
- « corps marginal » ;
- « cadavre marginal » ;
- « sans-abri » ;
- « mort sans-abri » ;
- « décès sans-abri » ;
- « cadavre sans-abri » ;
- « Sans- Domicile » ;
- « décès sans-domicile » ;
- « corps sans-domicile » ;
- « cadavre sans-domicile » ;
- « SDF décédé » ;
- « sans-abri décédé » ;
- « marginal décédé » ;
- « sans domicile décédé » ;
- « mort de la rue » ;
- « morts de la rue » ;
- « mort squat » ;
- « corps squat » ;
- « décès squat » ;
- « cadavre squat » ;
- « mort foyer hébergement » ;
- « décès foyer hébergement » ;
- « corps foyer hébergement... ».

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

Annexe 5 – Fiche de signalement

Collectif Les Morts de la Rue
« En accompagnant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants »
 Bureau : 72 rue Ciffia 75020 PARIS : tel 01 42 45 68 01, Fax 01 47 97 23 87 mortdelarue@wanadoo.fr

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

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT :

Département :

Nom : Prénom :

Téléphone : Email : @

Vous êtes : (cochez la case qui correspond, et précisez si possible)

☐ Association :

☐ Institution :

☐ Particulier :

☐ Autre :

INFORMATION SUR LE DECES

Appris le Date du décès

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

Souhaitez-vous que cette personne soit sur le site ? ☐ Oui ☐ Oui, anonymement ☐ Non ☐ Pas d'opinion

Sur le faire-part ? ☐ Oui ☐ Oui, anonymement ☐ Non ☐ Pas d'opinion

INFORMATION SUR LA PERSONNE DECEDEE

Nom : Prénom : Surnom :

Date de naissance : ou Âge :

Statut vis-à-vis de la rue* : ☐ Situation de rue ☐ Hébergé ☐ Anciennement sans chez soi ☐ Ne sait pas

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Probablement sans chez soi

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

AUTRES INFORMATIONS

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

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

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

* Une personne est considérée « sans chez soi » si elle était dans l'une des situations suivantes :

1. **« personne en situation de rue »** = personnes ayant dormi **principalement au cours des trois dernier mois** :
 - dans des **lieux non prévus pour l'habitation**, par exemple: cave, parking fermé, grenier, cabane, voiture, wagon, bateau; usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble; ruines, chantiers, grotte, tente ; métro, gare, couloirs d'un centre commercial, voie ferrée; rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague ; ...
 - dans un **centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin**.
 - dans tout type d'**hébergement alloué pour pallier à une situation d'urgence**
2. **« personnes hébergées »** = personnes ayant dormi **principalement au cours des trois dernier mois** :
 - dans un **centre d'hébergement collectif** gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (CHRS, hôtel social, asile de nuit, communauté de travail, lits infirmiers...) et la durée de l'hébergement, hors foyer de jeune travailleur, foyer de travailleurs migrants, maisons-relais, pension de famille et résidence sociale.
 - Dans un **logement squatté**
 - Dans un logement, s'il est **hébergé par un ami ou de la famille** faute de ne pouvoir avoir son propre logement
 - Dans un **hôtel**, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (s'il ne s'agit pas d'une situation pérenne).
3. **« personne probablement sans chez soi »** = personne probablement dans une de ces situations mais détails de la situation inconnus.

Vous pouvez aussi nous signaler le décès de personnes **« anciennement sans chez soi »** = logées au moment du décès mais ayant connu un parcours de rue.

Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données

IDENTIFIANT : nsp-0000-000

1. INFORMATION SUR L'IDENTITE

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

Q2. Situation de rue :

- | | |
|--|---|
| ☐ ₁ Situation de rue | ☐ ₂ Hébergé(e) |
| ☐ ₃ Probablement sans chez soi | ☐ ₄ Anciennement sans chez soi |
| ☐ ₅ Isolée | ☐ ₆ Récemment à la rue (6 sem.) |
| ☐ ₇ Jamais à la rue | ☐ ₉ NSP |

Identité

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

Q4. Sexe : ☐ Homme
☐ Femme
☐ Trans
☐ Inconnu

Q5. Prénom : _____

Q6. Nom : _____

Q7. Surnom : _____

Faire-part

Q8. Inscription sur le faire-part ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Non | ☐ Oui |
| ☐ Oui, mais de façon anonyme | ☐ A confirmer |

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

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

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

Age

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

Q11. Mois de naissance : ____ Q15. Classe d'âge

Q12. Année de naissance : _____

Q13. Date de naissance : _____

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

Lieu de naissance

Q16. Pays de naissance : _____

Q17. Nationalité

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Française | ☐ UE | ☐ Hors UE |
| ☐ Double nationalité dont française | ☐ Double nationalité dont UE | ☐ Double nationalité non UE |
| ☐ Apatride | ☐ Ne sait pas | |

Q18. Commune de naissance en France théorique : _____

Q19. Commune de naissance en France définitive : _____

Lieu de naissance non codé : _____

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

Q21. Informations libres sur l'identité

2. INFORMATIONS SUR LE DECES

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

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

Si modification du statut de l'info :

Q25. Date de modification : _____

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

Date de décès

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

Pays, région et commune de décès

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

Décès en France

Q31. Commune de décès théorique : _____

Q32. Commune de décès définitive : _____

Q33. Département de décès : _____

Q34. Région de décès : _____

Q35. Sources du décès (plusieurs choix possibles)

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

Précisions source 1 : _____

Précisions source 2 : _____

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

Q37. Précisions sur le lieu de décès :

Q38. Causes et circonstances du décès :

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

Q40. Type de décès :

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

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

Q42. Homicide ☐ Oui ☐ Non ☐ Possible ☐ NSP

Q43. Suicide ☐ Oui ☐ Non ☐ Possible ☐ NSP

Q44. Examen médico-légal demandé ☐ Oui ☐ Non ☐ Non ☐ NSP

CODIFICATION CAUSE MEDICALE DE DECES

Partie 1. Processus morbide ayant entraîné la mort

Ne pas renseigner

Cause initiale

Ne pas renseigner

Q45. Partie 2. Pathologies associées au moment du décès (Ne pas renseigner CIM10)

Pathologie associée 1 : _____

Pathologie associée 2 : _____

Pathologie associée 3 : _____

Pathologie associée 4 : _____

Pathologie associée 5 : _____

Pathologie associée 6 : _____

Q46. Antécédents médicaux connus avant le décès (Ne pas renseigner la CIM10)

La personne avait-elle des antécédents médicaux ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Antécédent médical 1 : _____

Source médical Atcd1 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Antécédent médical 2 : _____

Source médical Atcd2 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Antécédent médical 3 : _____

Source médical Atcd3 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Antécédent médical 4 : _____

Source médical Atcd4 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Antécédent médical 5 : _____

Source médical Atcd5 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Décès simultané d'un proche

Q47. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou < 1 an après un autre décès ?

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

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

Q48. Lien avec l'autre personne décédée : ☐ Ami ☐ Famille ☐ Couple ☐ Cohabitant ☐ Autre ☐ NSP

Q49. Délai entre les 2 décès en jours : _____

Q50. Précisions sur la simultanéité :

Q51. Informations libres sur le décès

3. MEDICAL

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

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

Détails des addictions :

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

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

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

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

Précisions : _____

Antécédent mental

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

Q58. Si oui, précisez : _____

Q59. Source médicale : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

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

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

Hospitalisations

Q62. Hospitalisation au moment du décès : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Q63. Précisez : _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q71. Précisions sur le suivi médical :

Q72. Autres informations médicales

4. LOGEMENT

Informations sur le logement ? ☐ Oui ☐ Non

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

Lieu 1 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 2 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 3 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 4 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 5 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 6 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 7 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 8 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 9 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 10 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

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

Temps cumulé de vie entière	Précis si connu	En classe
Q75. En situation de rue	__ __ jours OU __ __ mois OU __ __ années	☐ Jamais ☐ <6 mois ☐ [6 mois – 1 an [☐ [1 – 5 ans[☐ [5 – 10 ans[☐ ≥10 ans ☐ Nsp
Q76. En hébergement mais sans logement personnel	__ __ jours OU __ __ mois OU __ __ années	☐ Jamais ☐ <6 mois ☐ [6 mois – 1 an [☐ [1 – 5 ans[☐ [5 – 10 ans[☐ ≥10 ans ☐ Nsp

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

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

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

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

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

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

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

Précisions sur le logement

5. SITUATION ADMINISTRATIVE**Q84. Informations sur la situation administrative au moment du décès ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP**Situation administrative pour les personnes n'étant pas de nationalité française****Q85. Situation administrative actuelle :** ☐ Sans objet ☐ Régulière ☐ Irrégulière ☐ Ne sait pas**Précisions :** _____**Temps passé en France****Q86. Date d'entrée en France :** _____**Q87. Année d'arrivée en France :** _____**Q88. Temps passé en France :** ☐1 Jamais ☐2 Moins de 6 mois ☐3 [6 mois- 1 an[☐4 [1-5ans[☐5 [1-5ans[☐6 [5-10 ans[☐7 10 ans et plus ☐8 NSP**Q89. Précisions :** _____**Q90. Statut de réfugié :** ☐ Non demandé ☐ Demande en cours ☐ Obtenu Refusé ☐ Ne sait pas**Q91. Francophone :** ☐ Ne parlait pas français ☐ Parlait bien le français ☐ Parlait un peu le français ☐ NSP**Q92. Protection judiciaire**☐ Aucune ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ MASP ☐ MAJ ☐ Autre ☐ Oui mais NSP ☐ NSP**Q93. Précisions :** _____**Q94. Domiciliation administrative**☐ Aucune ☐ Poste ☐ Famille ☐ Association ☐ AS, bureau aide sociale, CCAS ☐ Centre hébergement ☐ Autre ☐ NSP☐ Chez lui, elle ☐ Ami, tiers ☐ Hôtel (hors hôtel social) ☐ Oui mais NSP**Q95. Précisions :** _____**Q96. Couverture maladie :**☐ Aucune ☐ Sécurité sociale ☐ CMU
☐ AME ☐ CMU-C ☐ Oui, mais NSP
☐ PUMA ☐ En cours de demande ☐ NSP**Q97. Précisions :** _____**Q98. Travail ou activités rémunérées sur les 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)**☐ Aucun ☐ Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Arrêt de travail ☐ Travail occasionnel ☐ NSP**Q99. Précisions travail:** _____**Q100. Parcours professionnel:** _____**Q101. Études les plus élevées**☐ Jamais scolarisé ☐ Prépa CAP,BEP, Bac pro ☐ Collège ☐ Primaire
☐ Lycée générale ☐ Lycée technique, pro ☐ Supérieur ☐ NSP**Q102. Précisions :** _____**Q103. Source(s) de revenus (plusieurs réponses possibles)**☐ Aucune ☐ Pension invalidité/rentes ☐ RMI/RSA ☐ Assedic/chômage ☐ Retraite ☐ AAH
☐ Salaire/travail ☐ Allocations Fam ☐ Mendicité ☐ Artisanat, informel ☐ Autre ☐ NSP**Q104. Précisions :** _____**Q105. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (plusieurs réponses possibles)**☐ Aucun suivi ☐ AS secteur/CCAS ☐ Permanences d'accueil ☐ Associations ☐ Maraudes ☐ Tutelle ☐ Autre ☐ nsp**Q106. Précisions :** _____**Q107. Démarches en cours ou abouties récemment (1 an avant le décès) (plusieurs réponses possibles)**☐ Aucune ☐ Accès logement ☐ Accès soins ☐ Papier identité ☐ Régularisation administrative
☐ Liens familiaux ☐ Recherche emploi ☐ Autre ☐ Refus aide ☐ NSP**Q108. Précisions :** _____

6. ENFANCE ET FAMILLE

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

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

Q111. Qui a élevé la personne ?

Ses parents ? ☐ Oui ☐ Non	Ses grands parents ? ☐ Oui ☐ Non
Sa mère seule ? ☐ Oui ☐ Non	Son père seul ? ☐ Oui ☐ Non
Mère + nv compagnon ? ☐ Oui ☐ Non	Père + nvelle compagne ? ☐ Oui ☐ Non
Autre membre famille ? ☐ Oui ☐ Non	Autre personne ? ☐ Oui ☐ Non
Famille d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non	Institut ou Foyer ? ☐ Oui ☐ Non
Autre ☐ Oui ☐ Non	

Q112. Précisions : _____

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

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

Précisions : _____

Famille

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

Q116. Mère Q117. Pays de naissance : _____	Q118. Père Q119. Pays de naissance : _____
Mère en vie	Père en vie
☐ Oui, encore en vie	☐ Oui, encore en vie
☐ Non, décédée pendant l'enfance	☐ Non, décédé pendant l'enfance
☐ Non, décédée après la majorité de la personne	☐ Non, décédé après la majorité de la personne
☐ Non, décédée mais ne sait pas quand	☐ Non, décédé mais ne sait pas quand
☐ Ne sait pas	☐ Ne sait pas

Q120. Mode de vie

☐ Seul ☐ En couple ☐ En Famille ☐ En groupe ☐ Ne sait pas

Q121. Précisions sur le mode de vie : _____

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

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

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

Q127. Précisions : _____

Liens familiaux

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

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

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

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

Q130. Précisions liens familiaux : _____

Q131. Liens sociaux : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

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

Q133. Précisions sur les liens sociaux : _____

Q134. Informations libres sur la vie de la personne :

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

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

7. FUNERAILLES

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

Q138. Date de l'inhumation : _____

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

Q140. Lieu des funérailles: _____

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

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

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

Q144. Quelle ville a pris en charge ?: _____

Q145. Qui a organisé les funérailles ?: _____

Q146. Qui était présent ?: _____

Q147. Autres informations inhumation :

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

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

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

8. RUPTURE ET SUITE

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

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

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

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

Q153. Précisions :

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

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

Q155. Précisions :

Q156. Autres informations sur le contexte social

Q157. Informations sur le contexte social

9.CONTACTSY a-t-il des personnes contact ? ☐ Oui ☐ Non**Contact 1**

Nom & Prénom du contact : _____

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

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSPAccepte d'être recontacté ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Oui mais pas nécessaire d'après PED ☐ NSP

Tableau de bord 1 :

--

Contact 2

Nom & Prénom du contact : _____

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

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSPAccepte d'être recontacté ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Oui mais pas nécessaire d'après PED ☐ NSP

Tableau de bord 2 :

--

Contact 3

Nom & Prénom du contact : _____

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

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSPAccepte d'être recontacté ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Oui mais pas nécessaire d'après PED ☐ NSP

Tableau de bord 3 :

--

Contact 4

Nom & Prénom du contact : _____

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

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSPAccepte d'être recontacté ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Oui mais pas nécessaire d'après PED ☐ NSP

Tableau de bord 4 :

--

10. AVANCEMENT**Avancement du dossier**

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

Histoire de vie détaillée : ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP

Précisions sur l'avancement :

--

10/10

Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR

Le recueil de données est rétrospectif et mené auprès de tiers. Il concerne la vie entière de la personne, de l'enfance aux causes et circonstances du décès. Les personnes étant décédées, et le CMDR n'ayant pas eu de contact avec elles de leur vivant, nous devons nous tourner vers des tierces personnes les ayant connues : éducateur.trice, maraudeur.se, proche, voisin, ...

Cette méthode de recueil indirecte et rétrospective induit de fait des biais.

Les données démographiques :

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

Nom, prénom, surnom, date de naissance, pays de naissance, commune de naissance pour les personnes nées en France.

Une variable « statut » correspondant aux différentes définitions « actuellement en situation de rue », « actuellement hébergé », « probablement « SDF » ou « anciennement « SDF » et une variable permettant d'indiquer si le corps a été identifié.

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

Dans cette partie est indiquée aussi la nationalité, catégorisée en française, union européenne (UE, au sens des 27 pays appartenant en 2015 à l'UE), hors UE, double nationalité dont française, double nationalité dont UE, double nationalité hors UE.

Les données sur le décès

Cette partie comprend les informations relatives au décès :

- Acte de décès reçu,
- Date de décès,
- Date à laquelle le CMDR a appris le décès,
- Statut final du décès,
- Commune et région du décès,
- Lieu du décès,
- Source ayant signalé le décès au CMDR,
- Cause du décès,
- Source ayant transmis la cause de décès,
- Simultanéité du décès avec un autre,
- Demande d'autopsie.

Le contexte administratif, social et familial

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

- Situation administrative au moment du décès : cette partie permet de comprendre le mode de vie de la personne au moment du décès et son accès aux droits.
- Enfance : cette partie vise à comprendre le parcours de la personne pendant l'enfance, notamment qui a élevé la personne, si la personne a été placée et le niveau d'études le plus élevé.
- Famille et parcours de vie : cette partie vise à décrire le tissu familial et les liens qui subsistent avec les membres de la famille, ainsi que les ruptures qu'a pu connaître la personne au cours de sa vie. Pour ce dernier point, deux questions ont été posées : une première permet d'indiquer tous les événements qui ont pu constituer une rupture pour la personne (un décès, une perte de contact, une séparation conjugale, une perte d'emploi ou une maladie grave), quel que soit le moment auquel est survenu l'évènement ; une deuxième permet d'indiquer le ou les évènement(s) qui auraient conduit la personne à une situation de rue.

- Lien social : cette partie permet d'indiquer si la personne bénéficiait d'un suivi social, et si elle possédait des liens sociaux autres que ceux décrits précédemment (autre qu'un compagnon/compagne, famille, ou services sociaux/associations en charge du suivi social).
- Travail/ressources : cette partie concerne le parcours professionnel de la personne, le fait qu'elle ait exercé un travail au cours des 12 mois ayant précédé le décès et les sources de revenu.
- Une dernière question permet d'indiquer si des démarches étaient en cours au moment du décès ou avaient abouti récemment (au cours des 12 derniers mois).

Le logement

Cette partie retrace rétrospectivement les différents types d'habitation de la personne, à partir du lieu d'habitation occupé la veille du décès. Le temps passé en situation de rue y est renseigné, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière³⁷ pendant lequel la personne a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans des foyers d'urgence, et le temps sans logement personnel, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière pendant lequel la personne a dormi dans un lieu conduisant à considérer la personne comme « hébergée ».

Depuis 2015, le questionnaire inclut une dimension de stabilité d'hébergement, comprenant une question sur le nombre de lieux où la personne a dormi au cours des 3 derniers mois et de la dernière année. Une question porte également sur le nombre de changements subis (indépendants de la volonté de la personne) ou choisis (consécutifs à la volonté de la personne).

Les données médicales

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

Les contacts

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

Les données concernant l'inhumation

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

Une partie de commentaires libres

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

³⁷ Le « temps cumulé vie entière en situation de rue » signifie l'addition, sur la vie entière de l'individu, de toutes les périodes pendant lesquelles la personne a été en situation de rue.

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

ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

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

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

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

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

Catégorie opérationnelle		Situation de vie		Définition générique	
SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation	
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix	
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
		3.2	Logement provisoire		
		3.3	Hébergement de transition avec accompagnement		
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
	5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
		5.2	Hébergement pour travailleurs migrants		
6 Personnes sortant d'institutions		6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
		6.2	Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement	
		6.3	Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)	
7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme		7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
		7.2	Logement accompagné pour ex-sans-abri		
LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement	
		8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal	
		8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
9 Personnes menacées d'expulsion		9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
		9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1	Incidents enregistrés par la police		Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1	Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel	
		11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune	
		11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabane de structure semi permanente	
	12 Personnes en logement indigne	12.1	Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction	
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée		Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables
Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an. Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)					

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

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



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

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

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

FEANTSA European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

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

Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR

Données relatives à l'état de santé

Tableau 9 - Données de santé des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France

Variables	Sans chez soi 2012-2020 (N=4888)		Sans chez soi 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Suivi médical				
Pas d'informations disponibles	4194	(86)	463	(75)
Non	167	(3)	49	(8)
Oui	527	(11)	108	(17)
Troubles addictifs				
Addiction à l'alcool				
Pas d'information	3361	(69)	428	(69)
Non	182	(4)	27	(4)
Ancienne	111	(2)	6	(1)
Actuel	1234	(25)	159	(26)
Addiction aux drogues				
Pas d'information	4015	(82)	482	(78)
Non	379	(8)	58	(9)
Ancienne	88	(2)	5	(1)
Actuel	406	(8)	75	(12)
Addiction aux médicaments				
Pas d'information	4366	(89)	545	(88)
Non	387	(8)	56	(9)
Ancienne	10	(<1)	0	(0)
Actuel	125	(3)	19	(3)
Addiction au tabac				
Pas d'information	4087	(84)	538	(87)
Non	136	(3)	17	(3)
Ancienne	25	(1)	2	(<1)
Actuel	640	(13)	63	(10)
Etat psychologique				
Antécédents mentaux				
Pas d'information	3611	(74)	452	(73)
Non	646	(13)	63	(10)
Oui	631	(13)	105	(17)
Consultation psychiatrique				
Pas d'information	4515	(92)	549	(89)
Non	160	(3)	33	(5)
Oui	213	(4)	38	(6)
Traitement psychiatrique				
Pas d'information	4594	(94)	569	(92)
Non	173	(4)	33	(5)
Oui	121	(2)	18	(3)
Hospitalisation au moment du décès				
Pas d'information	2178	(45)	43	(7)
Non	1615	(33)	418	(67)
Oui	1095	(22)	159	(26)
Hospitalisation (dernière année)				
Pas d'information	4030	(82)	533	(86)
Non	229	(5)	29	(5)
Oui	629	(13)	58	(9)

Données relatives au suivi administratif

Tableau 10 - Suivi administratif des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France

Variables	Sans chez soi 2012-2020 (N=4888)		Sans chez soi 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Existence d'un suivi social				
Pas d'information disponible	3339	(68)	376	(61)
Pas de suivi social	95	(2)	14	(2)
Bénéficie d'un suivi social	1454	(30)	230	(37)
<i>3 premiers acteurs du suivi social</i>				
Associations			94	(15)
CCAS			38	(6)
Maraudeurs			28	(5)
Mise en œuvre de démarches sociales (dernière année)				
Pas d'information disponible	3794	(78)	452	(73)
Aucune démarche initiée	248	(5)	33	(5)
Refus de toute aide	98	(2)	25	(4)
Démarche initiée	739	(15)	107	(17)
<i>5 principales démarches réalisées</i>				
Accès au logement			22	(4)
Accès aux soins			22	(4)
Autre			13	(2)
Accès au logement + Accès aux soins			8	(1)
Renouveler les papiers d'identité			7	(1)
Domiciliation				
Pas d'information disponible	3164	(65)	246	(40)
Absence de domiciliation	250	(5)	100	(16)
Bénéficie d'une domiciliation	1474	(30)	274	(44)
<i>Adresse de domiciliation</i>				
Association	634	(13)	86	(14)
CCAS	267	(5)	55	(9)
Non précisé	112	(2)	48	(8)
Centre d'hébergement	249	(5)	46	(7)
Autre	87	(2)	20	(3)
Membre de la famille	51	(1)	5	(1)
Hôtel	14	(<1)	1	(<1)
à son propre domicile	29	(1)	9	(1)
Ami ou connaissance	31	(1)	4	(1)
Protection juridique				
Pas d'information disponible	4072	(83)	462	(75)
Pas de protection juridique	605	(12)	131	(21)
Bénéficie d'une protection juridique	211	(4)	27	(4)
<i>Type de protection juridique</i>				
Tutelle	116	(2)	12	(2)
Curatelle	75	(2)	14	(2)
Autre	8	(<1)	0	(0)
Non précisé	11	(<1)	1	(<1)

Variables	Sans chez soi 2012-2020 (N=4888)		Sans chez soi 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Couverture santé				
Pas d'information disponible	3817	(78)	453	(73)
Pas de couverture santé	146	(3)	27	(4)
Bénéficie d'une couverture santé	925	(19)	140	(23)
Sources de revenus				
Pas d'information disponible	3518	(72)	416	(67)
Pas de revenus	167	(3)	31	(4)
A bénéficié d'un revenu	1203	(25)	173	(28)
<i>Type de revenus disponibles</i>				
<i>Minima ou salaire</i>	<i>794</i>	<i>(16)</i>	<i>106</i>	<i>(17)</i>
<i>Revenus issus de la mendicité ou de services informels</i>	<i>310</i>	<i>(6)</i>	<i>59</i>	<i>(10)</i>
<i>Minima/salaire et mendicité/services informels</i>	<i>99</i>	<i>(2)</i>	<i>8</i>	<i>(1)</i>
Etudes les plus élevées				
Pas d'information disponible	4510	(92)	593	(96)
Pas d'étude	26	(1)	2	(<1)
A fait des études	352	(7)	25	(4)
<i>Niveau d'étude</i>				
<i>Préparation d'un CAP, BEP, seconde pro</i>	<i>95</i>	<i>(2)</i>	<i>7</i>	<i>(1)</i>
<i>Collège</i>	<i>97</i>	<i>(2)</i>	<i>4</i>	<i>(1)</i>
<i>Etudes supérieures</i>	<i>54</i>	<i>(1)</i>	<i>11</i>	<i>(2)</i>
<i>Lycée général</i>	<i>57</i>	<i>(1)</i>	<i>0</i>	<i>(0)</i>
<i>Lycée technologique</i>	<i>8</i>	<i>(<1)</i>	<i>1</i>	<i>(<1)</i>
<i>Primaire</i>	<i>41</i>	<i>(1)</i>	<i>2</i>	<i>(<1)</i>
Travail pendant les 12 derniers mois				
Pas d'information disponible	3448	(71)	400	(65)
Pas de travail	1305	(27)	200	(32)
A travaillé	135	(3)	20	(3)
<i>Type d'activité</i>				
<i>Travail occasionnel</i>	<i>83</i>	<i>(2)</i>	<i>17</i>	<i>(3)</i>
<i>Travail à temps plein</i>	<i>24</i>	<i>(<1)</i>	<i>2</i>	<i>(<1)</i>
<i>Travail à temps partiel</i>	<i>20</i>	<i>(<1)</i>	<i>1</i>	<i>(<1)</i>
Régularité administrative des personnes nées à l'étranger				
	[n=2470]		[n=357]	
Absence d'information	1962	(79)	223	(62)
Situation régulière	257	(10)	25	(7)
Situation irrégulière	251	(10)	109	(31)

Données relatives à l'enfance et aux ruptures

Tableau 11 - Données relatives à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France

Variables	Sans chez soi 2012-2020 (N=4888)		Sans chez soi 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Placements durant l'enfance				
Pas d'information disponible	4373	(90)	497	(80)
Pas de placements durant l'enfance	393	(8)	104	(17)
Existence d'un placement	122	(3)	19	(3)
<i>Type de placement</i>	<i>[n=122]</i>		<i>[n=19]</i>	
<i>Non précisé</i>	38	(24)	4	(21)
<i>En institution</i>	37	(30)	9	(47)
<i>En famille d'accueil</i>	29	(24)	5	(26)
<i>En alternance famille - foyer</i>	18	(15)	1	(5)
Ruptures au cours de la vie				
Pas d'informations disponibles	2746	(56)	144	(23)
Informations recueillies	2142	(44)	476	(77)
10 Principales ruptures rencontrées				
<i>Déménagement/immigration</i>			120	(20)
<i>Déménagement/immigration & Maladie grave</i>			13	(2)
<i>Consommation d'alcool</i>			10	(2)
<i>Divorce/séparation conjuguale</i>			10	(2)
<i>Troubles psychologiques</i>			9	(1)
<i>Déménagement/immigration & Troubles psychologiques</i>			9	(1)
<i>Déménagement/immigration & Consommation d'alcool</i>			8	(1)
<i>Déménagement/immigration & Divorce/séparation conjuguale</i>			8	(1)
<i>Consommation de substances illicites</i>			6	(1)
<i>Maladie grave</i>			6	(1)
Evenement(s) ayant conduit à la rue				
Pas d'informations disponibles	4152	(85)	494	(80)
Informations recueillies	730	(15)	123	(20)
5 Principaux événements ayant conduit à la rue				
<i>Eloignement géographique (hors expulsions et motifs financiers)</i>			37	(6)
<i>Décès d'un proche (famille, ami, ...)</i>			13	(2)
<i>Séparation familiale</i>			13	(2)
<i>Séparation conjuguale</i>			13	(2)
<i>Expulsion du logement</i>			9	(1)

Données relatives au parcours résidentiel

Tableau 12 - Données sur l'errance et l'hébergement des personnes SCS recensées par le CMDR en 2021, France

Variables	Sans chez soi 2012-2020 (N=4888)		Sans chez soi 2021 (N=620)	
	n	(%)	n	(%)
Temps d'errance global				
Ne sait pas			341	(55)
< 6 mois			7	(1)
[6 mois - 12 mois[			6	(1)
[1 an - 5 ans[			86	(14)
[5 ans - 10 ans [			72	(12)
≥ 10 ans			108	(17)
Fréquentation des Accueils de jour ou ESI				
Pas d'information disponible	3796	(78)	470	(76)
Non	558	(11)	68	(11)
Oui mais sans information de fréquence	60	(1)	6	(1)
Oui, ponctuellement	202	(4)	24	(4)
Oui, régulièrement	272	(6)	52	(8)
Fréquentation des hébergements d'urgence				
Pas d'information disponible	3778	(77)	419	(68)
Non	564	(12)	129	(21)
Oui mais sans information de fréquence	60	(1)	3	(<1)
Oui, ponctuellement	230	(5)	31	(5)
Oui, régulièrement	256	(5)	38	(6)

CHAPITRE 2 - EVALUATION DU SYSTEME DE SURVEILLANCE

Évaluation des différentes
caractéristiques du dispositif mis en
œuvre par le CMDR par une approche
évaluative mixte

TABLE DES MATIERES DU CHAPITRE 2

LISTE DES FIGURES	95
LISTE DES TABLEAUX	96
INTRODUCTION	97
METHODES	98
Approche quantitative.....	98
Approche qualitative	98
Critères d'évaluation.....	98
Acteurs de l'évaluation.....	99
Chronologie de l'évaluation	99
RESULTATS	102
Objectifs de la surveillance de la mortalité par le CMDR.....	102
Fonctionnement du système	107
Définition de cas, population cible et période d'observation	107
Organisation du système.....	108
Sources d'information et type de surveillance.....	111
Procédures réglementaires.....	114
Utilité du système	115
L'enquête COLUT.....	115
Éclairage complémentaire : les enquêtes COLTS et BECOL.....	124
Qualités intrinsèques du système	125
Simplicité.....	125
Flexibilité.....	127
Réactivité.....	127
Qualité des données.....	130
Acceptabilité	144
Exhaustivité.....	149
Représentativité	150
DISCUSSION	157
Principaux résultats	157
Recommandations	160
Limitations	162
CONCLUSION	162
BIBLIOGRAPHIE.....	163
ANNEXES	165
Annexe 1 – Questionnaire COLUT	165
Annexe 2 – Questionnaire COLCA	168
Annexe 3 – Résultats complémentaires de l'enquête COLCA.....	170
Annexe 4 – Questionnaire COLAX.....	174

LISTE DES FIGURES

Figure 29 - Schéma de fonctionnement général de la surveillance de la mortalité par le CMDR.....	109
Figure 30 - Évolution des signalements de décès (SCS, A-SCS, R-SCS) selon l'année de décès et le type de source, CMDR 2012-2021, France	113
Figure 31 - Évolution du nombre de sources signalant un décès entre 2012 et 2021, CMDR.....	113
Figure 32 - Flowchart COLUT	115
Figure 33 - Distribution des participants à COLUT selon leur structure	116
Figure 34 - Usage de données de mortalité par grande catégorie de structure.....	117
Figure 35 - Connaissance du CMDR et du rapport D&D selon le type de structure répondant.....	119
Figure 36 - Représentation du niveau médian de l'utilité du système de surveillance par les participants de COLUT	120
Figure 37 - Distribution des signalements selon le mois de l'année et par groupe annuel de décès (2012 à 2021).....	129
Figure 38 - Distribution du délai moyen de traitement entre les enquêtes CAS et PARCOURS, entre le signalement et le décès, pour les décès survenus 2021.....	129
Figure 39 - Délai moyen de traitement des enquêtes CAS et PARCOURS et nombre de décès de 2021 selon le mois de signalement.....	130
Figure 40 - Flowchart base CMDR 2012-2021.....	131
Figure 41 - Évolution du nombre de dossiers présentant l'ensemble des variables d'intérêt par rapport au nombre de total de dossiers recensés chaque année et comparaison entre les situations de 2020 et 2022	138
Figure 42 - Évolution de la qualité des données entre 2020 et 2022 selon les variables d'intérêt	139
Figure 43 - Score moyen selon la thématique explorée et par type de structure (0=jamais, 1=rarement, 2=souvent)	141
Figure 44 - Flowchart enquête COLAX	144
Figure 45 - Évaluation de 4 caractéristiques du dispositif.....	146
Figure 46 - Distribution des outils de signalement utilisés par les sources du CMDR.....	148
Figure 47 - Motifs de non utilisation de la fiche de signalement.....	148
Figure 48 - Évolution du nombre de décès recensés chaque année par le CMDR entre les données de 2020 et 2022 (ensemble des cas SCS, A-SCS, R-SCS).....	150
Figure 49 - Évolution du nombre de décès signalés au CMDR par région entre 2012 et 2021	152
Figure 50 - Évolution du nombre de décès par le CMDR entre 2012 et 2021 et distribution du nombre de décès recensé depuis 2012	153

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 13 - Description des principales caractéristiques des études complémentaires.....	100
Tableau 14 - Propositions d'études complémentaires.....	105
Tableau 15 - Définition de cas de la surveillance de la mortalité développé par le CMDR.....	108
Tableau 16 - Délai (jours) entre le décès et le signalement au CMDR entre 2019 et 2021 (moyenne, médiane, valeurs minimales et maximales, premier et troisième quartile).....	127
Tableau 17 - Description des 55 variables de la base SCS et comparaison entre 2020 et 2022	132
Tableau 18 - Examen du motif des données manquantes retenues pour l'analyse univariée.....	133
Tableau 19 - Analyse univariée des variables indicatrices de données manquantes	136
Tableau 20 - Participants de l'enquête COLCA selon le type de structure représentée.....	139
Tableau 21 - Origine géographique des participants COLAX.....	146
Tableau 22 - Description des caractéristiques des décès selon les sources de signalement, 2012-2021	156

INTRODUCTION

Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) créé en 2003 est le fruit de la mobilisation de travailleurs sociaux confrontés à la mort de ceux qu'ils accompagnaient et qui vivaient à la rue. A cette période, peu de données sont disponibles sur la mortalité de ce groupe particulièrement vulnérable et celles existantes concernent principalement les personnes prises en charge en institution (1). Le CMDR s'attèle à recenser les décès de personnes sans chez soi quel que soit leur lieu de vie (à la rue ou en hébergement).

Cette initiative se voit renforcée par les conclusions de la conférence de consensus organisée par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) en 2007 qui recommande « *d'étudier la morbidité et la mortalité des personnes sans domicile* » (2) afin d'en améliorer la connaissance mais également d'allouer, en regard, les moyens nécessaires aux politiques publiques pour répondre à cet enjeu social et de santé publique.

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) se saisit de la question de la mortalité des personnes sans domicile en 2010, après un important plaidoyer du CMDR, et commande un rapport au cabinet Cemka-Eval sur les sources de données existantes. Les conclusions de ce dernier (1) identifient la base de données du CMDR comme la plus complète et préconisent, parmi les différentes options possibles, de renforcer les actions de celui-ci.

C'est ainsi que depuis 2012, le Collectif Les Morts de la Rue reçoit une subvention de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité de ses données. Ce financement doit permettre également la réalisation de croisements réguliers avec l'INSERM-CépiDc³⁸ afin d'estimer le nombre réel de décès de personnes sans domicile et d'en décrire les causes médicales de décès. A partir de 2020, ce financement est assuré par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) qui devient l'acteur central de la politique de l'État sur cette problématique.

La surveillance réalisée par le CMDR a ainsi pour rôle de recenser et décrire la mortalité des personnes sans chez soi chaque année sur le territoire français. Elle a pour objectifs spécifiques d'en décrire le profil, le parcours et les causes de décès. Elle vise à identifier des facteurs de risque et à formuler des recommandations quant aux stratégies de prévention et de prise en charge de cette population vulnérable. Ce recensement et le recueil de données qui y est associé contribuent à la réalisation, chaque année, de l'Hommage aux morts de la rue.

Pour les 10 ans d'existence du système de surveillance, un état des lieux de ce dispositif est mené en reprenant les principes et critères utilisés en 2019 (date de la 1^{ère} évaluation du système de surveillance), permettant d'en décrire son évolution.

Les objectifs de la présente évaluation sont d'identifier les points forts et les faiblesses du système selon des critères d'utilité, d'atteinte des objectifs, de fonctionnement et de performances techniques. Elle vise à formuler des pistes de réflexion en vue d'amélioration.

³⁸ Registre national des causes médicales de décès en France

METHODES

Le travail mené dans le cadre de cette évaluation s'inspire des recommandations des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (3)(4), de l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (5) et du modèle générique proposé par M.Herida et J-C.Desenclos (6).

La méthode utilisée pour mener cette évaluation est de type mixte (quantitative et qualitative, Tableau 13).

Approche quantitative

Des méthodes quantitatives sont mises en œuvre pour analyser les données recueillies en routine par le système ainsi que pour décrire le schéma des données manquantes (qualités intrinsèques).

Elles sont également utilisées pour 3 enquêtes complémentaires :

- L'enquête COLUT qui interroge l'utilité de la surveillance du CMDR du point de vue à la fois des parties prenantes du système mais également d'acteurs du domaine de la recherche et d'acteurs de l'Accueil Hébergement Insertion Logement (AHI-L). Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré à remplir en ligne et diffusé de manière individuelle par mail auprès de chaque participant recruté selon une approche de type « boule de neige ».
- L'enquête COLAX qui porte sur l'acceptabilité de la démarche de signalement des décès par les sources déclarantes. Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré à remplir en ligne et diffusé de manière individuelle par mail auprès d'un échantillon des sources de signalement du dispositif et actives en 2020 ;
- L'enquête COLCA qui explore auprès des acteurs de l'AHI-L, membres du Conseil d'Administration du CMDR, les données recueillies en routine au sein de leurs services. Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré à remplir en ligne et diffusé de manière individuelle par mail auprès de chaque membre adhérent.

Approche qualitative

Des méthodes qualitatives sont utilisées afin d'évaluer l'utilité et l'acceptabilité de la surveillance :

- Dans l'enquête COLTS auprès des travailleurs sociaux ayant participé à la surveillance du CMDR³⁹ au cours de l'année 2020. Un entretien téléphonique est mené avec l'appui d'un guide d'entretien. Chaque entretien est retranscrit et une analyse thématique est menée.
- Dans l'enquête BECOL qui cible les enquêteurs bénévoles de l'équipe D&D ayant participé à la surveillance du CMDR en 2020. Des entretiens en présentiel ou par téléphone sont réalisés avec l'appui d'un guide d'entretien. L'ensemble des entretiens est par la suite retranscrit et une analyse thématique est assurée.

Un certain nombre d'échanges menés avec l'équipe du CMDR tout au long de l'année sur l'organisation, le fonctionnement du dispositif et la méthode de recueil sont intégrés à la présente évaluation.

Enfin, une analyse documentaire complète ces différentes approches en reposant sur l'ensemble des outils et documents développés par le CMDR (Rapports Dénombrer & Décrire des années précédentes, comptes rendus de réunion d'équipe, protocoles mis en œuvre, schéma d'organisation, ...).

Critères d'évaluation

Quatre critères d'évaluation ont été retenus :

- La pertinence des objectifs de la surveillance du CMDR
- L'utilité du système
- Le fonctionnement du système
- Les qualités intrinsèques du système :
 - Simplicité
 - Flexibilité
 - Qualité des données
 - Acceptabilité

³⁹ Les travailleurs sociaux participants à la surveillance sont ceux identifiés par l'équipe D&D comme ayant connu le défunt (directement ou indirectement) et qui contribuent en répondant au questionnaire administré par les enquêteurs de D&D.

- Réactivité
- Exhaustivité
- Représentativité

Acteurs de l'évaluation

Comme recommandé dans les différents « guidelines », la présente démarche d'évaluation intègre utilisateurs⁴⁰ et participants⁴¹ du système, contrairement à l'évaluation de 2019 menée exclusivement en interne. Cette année, elle est mixte (interne et externe) et comprend une variété importante d'acteurs. Au final, l'évaluation inclut des personnes exerçant au sein notamment des :

Accueils de jour, Bagageries, Samu sociaux, structures d'hébergement, structures de logement accompagné, structures de soins, SIAO, préfectures, mairies, ministères, laboratoires de recherche universitaire, centres de recherche, fédération d'acteurs, organismes interministériels, institutions publiques, agences régionales de santé, ...

Au sein du CMDR, participent à cette démarche :

- Le Comité Consultatif⁴² et ses différents Groupes de Travail (GT) ;
- La coordinatrice du CMDR ;
- La responsable de l'équipe « Proches en Deuil » ou PED ;
- Le coordinateur de l'équipe « Dénombrer & Décrire » ou D&D ;
- Les enquêteurs de l'équipe « Dénombrer & Décrire » ou D&D ;
- L'épidémiologiste du CMDR
- Une intervenante extérieure pour la réalisation des 2 enquêtes qualitatives

Chronologie de l'évaluation

A l'issue du rapport « Dénombrer & Décrire » (D&D) publié fin 2020, le Comité de pilotage⁴³ valide, le 25 novembre 2020, la proposition de plan d'actions visant à améliorer le dispositif. Début mars 2021, celui-ci débute par la constitution de 5 groupes de travail au sein du Comité Consultatif.

Les GT « Évaluation » et « Réseau » contribuent, entre 2021 et 2022, à l'élaboration des questions d'évaluation, de la population cible, des outils de recueil, du recrutement de la population cible.

Le recueil de données, de la première enquête, débute au mois de juin 2021 et se conclut, pour la dernière, le 15 septembre 2022.

L'analyse des données débute au cours de l'été 2022 et la rédaction des différents rapports d'enquête se termine à la fin du mois de septembre 2022.

⁴⁰ Il s'agit des professionnels et des principaux partenaires qui utilisent les données issues du système de surveillance mais ne participent pas au système

⁴¹ Il s'agit des acteurs qui fournissent des données au système de surveillance.

⁴² Groupe de bénévoles qui contribue à la réflexion et à la mise en œuvre du projet D&D. Il est composé des anciens épidémiologistes du projet, de personnalités des domaines de l'AHU-L et de la santé publique.

⁴³ Le Comité de Pilotage (COPIL) est composé des membres du Bureau du CMDR ainsi que de Cécile Rocca (Coordinatrice du Collectif), Chrystel Estela (Proches en Deuil), Marie-Christine Tardieu et Martine Devin (bénévoles au sein de l'équipe D&D), Raphaël Petit (Coordinateur de l'équipe D&D) et Julien Ambard (épidémiologiste).

Tableau 13 - Description des principales caractéristiques des études complémentaires

Nom enquête	Questions évaluatives	Méthodes	Population source	Echantillonnage	Durée de l'enquête
COLUT	Utilité de la surveillance du CMDR	- Quantitative - Questionnaire auto-administré en ligne - Analyse descriptive simple (Fréquence, moyenne)	- Participants de la surveillance du CMDR. - Responsables de direction, Chargé.e d'étude, exerçant dans des structures impliquées sur les thématiques de la précarité, de la santé et des personnes sans domicile	- Non aléatoire - Recrutement de type "Boule de neige"	Février 2022- Juin 2022
COLCA	Types de données recueillies en routine par les acteurs de l'AHIL	- Quantitative - Questionnaire auto-administré en ligne - Analyse descriptive simple (Fréquence, moyenne)	Associations adhérentes au Conseil d'administration du CMDR en 2021	- Pas d'échantillonnage - Exhaustivité (ensemble des associations adhérentes ciblées)	Juin 2021
COLAX	Acceptabilité de la surveillance	- Quantitative - Questionnaire auto-administré en ligne - Analyse descriptive simple (Fréquence, moyenne)	Personne ayant signalé au CMDR un décès survenu au cours de l'année 2020	- Base de sondage: ensemble des sources ayant signalé un décès au cours de l'année 2020 (784) - Echantillonnage de convenance (sources avec numéro de téléphone et/ou adresse mail renseignées dans la base Voozanoo)	Janvier 2022 - Septembre 2022
COLTS	Utilité et acceptabilité de la surveillance du CMDR	- Qualitative - Guide d'entretien - Analyse thématique	- Travailleur.se social.se ayant répondu aux enquêteurs de l'équipe D&D et ayant contribué à décrire le parcours de personnes sans chez soi décédées - Ayant participé en 2021	- Pas d'échantillonnage (approche qualitative) - Travailleur.se social.se, qui après avoir répondu au questionnaire de surveillance, a accepté de participer à l'enquête - Inclusion jusqu'à saturation des données	Juillet 2021 - Novembre 2021
BECOL	Utilité et acceptabilité de la surveillance du CMDR	- Qualitative - Guide d'entretien - Analyse thématique	Membres bénévoles de l'équipe D&D ayant travaillé sur le projet D&D en 2021	- Pas d'échantillonnage (approche qualitative) - Exhaustivité (ensemble des bénévoles du projet au cours de l'année donnée, soit 2021) - Inclusion jusqu'à	Juin 2021 - Juillet 2022

Patrick, 53 ans

Patrick vivait dans un squat depuis deux ans. Son corps y a été retrouvé inerte. Il semble qu'il avait la Covid-19 mais il a été impossible de savoir si cela en était la cause.

Il avait une santé fragile, abîmée par une dépendance à l'alcool. Il souffrait également de troubles psychologiques importants qui nécessitaient un traitement et une tutelle.

Patrick avait été placé à l'âge de 10 ans à l'ASE à causes de violences familiales.

A sa majorité, il s'était alors retrouvé en errance. Il connut des périodes de rue, quelques épisodes d'incarcération et grâce au soutien de travailleurs sociaux, il pu accéder à une structure d'hébergement pendant un temps. Il avait par la suite intégré un logement mais en avait été expulsé en raison de dettes. De retour à la rue, il s'était installé dans un squat.

Patrick était apprécié de l'accueil de jour où il allait régulièrement. C'était une personne attachante mais d'une grande vulnérabilité.

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

RESULTATS

Objectifs de la surveillance de la mortalité par le CMDR

En 2009, les données relatives à la mortalité des personnes sans chez soi en France étaient considérées comme « *extrêmement parcellaires* » dans le rapport (7) remis par V. Girard, P. Estecahandy et P. Chauvin à la Ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot. Le rapport commandité par l'ONPES en 2011 abondait dans ce sens pointant à la fois les faibles données existantes (« *les personnes décédées à la rue semblaient passer au travers des décomptes* ») et la complexité du recensement de ces événements. Pourtant il s'agit bien d'un véritable enjeu tant sur le plan de la santé publique que social (8).

Le système développé par le CMDR en 2003 et renforcé depuis 2012 par la subvention de la DGCS/DIHAL vise à répondre à cet enjeu.

Il a pour objectif d'estimer sur une période de temps donné (une année) la fréquence de survenue d'un événement de santé (le décès) au sein d'une population cible (les personnes sans chez soi) dans un espace défini (le territoire français). Il a aussi un objectif descriptif de cet événement en générant des données sur la répartition temporelle et spatiale tout en y associant les caractéristiques principales de la population dans laquelle il est survenu.

De manière complémentaire, ce système vise à :

- Décrire les causes de mortalité de ces personnes,
- Décrire leur parcours et trajectoires afin de mieux en comprendre les événements de rupture
- Pouvoir comparer les résultats avec les années précédentes
- Faire des hypothèses sur les facteurs de risque de mortalité
- Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques
- Émettre des recommandations quant à la prise en charge des personnes sans chez soi

Les objectifs de la surveillance sont ainsi multiples et ambitieux. Dans les faits, le CMDR n'est pas en capacité d'y répondre dans leur intégralité (moyens insuffisants).

L'objectif principal de description de la mortalité des personnes sans chez soi en France peut être considéré comme atteint, au moins partiellement. Bien que l'étude de C. Vuillermoz (9) estime à 17% l'exhaustivité de la surveillance menée par le CMDR sur la période 2008-2010, celui-ci est encore, à ce jour, la seule structure produisant des données sur cette problématique à l'échelle de la France entière et à un rythme annuel. Il est très probable qu'avec la subvention allouée par la DGCS puis la DIHAL depuis 2012, le système se soit amélioré. Entre 2008 et 2010, le CMDR comptait ainsi 382 décès recensés de personnes sans chez soi par an contre près de 551 sur la période 2012-2021, soit une hausse de 44%.

Par ailleurs, les commentaires recueillis auprès d'un certain nombre de participants à l'enquête COLUT concourent à considérer que l'objectif principal de la surveillance est en partie atteint :

”

« Instance nationale la plus pertinente sur le sujet »
« Seule enquête à ma connaissance sur la mortalité à la rue »
« Ces données me permettent d'obtenir des chiffres »
« Elles restent néanmoins les plus fiables pour aborder ce sujet »
« Il peut être cité comme source officielle »
« Le CMDR dispose d'une notoriété, d'une équipe pluridisciplinaire, d'une méthodologie scientifique et d'une rigueur qui permet de mesurer depuis de nombreuses années la mortalité des personnes sans domicile. Un important travail de fournis qui permet d'avoir la vision la plus exhaustive possible, compte tenu des difficultés de collecte des informations. »

”

Chaque année est publié le rapport « Dénombrer & Décrire » qui porte sur la surveillance menée par le CMDR. Cette publication fait l'objet d'un communiqué de presse et d'une large couverture médiatique

contribuant à la connaissance du dispositif et à la diffusion de ses principaux résultats (nombre de décès, âge moyen, sex-ratio, causes de décès, ...). Il est également diffusé auprès de la DGCS et maintenant de la DIHAL.

A compter de 2022, le rapport de la surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi fait partie des recherches référencées par le Réseau des Acteurs de l'Habitat sur sa plateforme⁴⁴.

Certains travaux du CMDR ont donné lieu à des publications (10)(11). Une première collaboration menée avec l'INSERM-CépiDc a permis d'estimer le nombre de décès de personnes sans chez soi en France (9) et d'en comparer les causes de décès avec la population générale (12).

Les résultats de la surveillance sont régulièrement repris par différents acteurs comme la Fondation Abbé Pierre dans son rapport annuel sur le mal logement (13). En 2021, différents articles de la revue Retraite et Société ont également repris les données du CMDR (14)(15)(16).

L'organisation chaque année de l'Hommage aux morts de la rue⁴⁵ par le CMDR constitue le second événement majeur permettant la diffusion des résultats de la surveillance. Cette journée est largement relayée par les médias et permet de communiquer autour des principaux résultats.

Ces différentes actions permettent d'informer les parties prenantes quant à la vulnérabilité des personnes sans chez soi qui se traduit notamment par un âge moyen au décès très inférieur à celui de la population générale, des décès qui surviennent tout au long de l'année et pas seulement durant la période hivernale et le poids des morts violentes dans les causes de décès (intoxications, agressions, suicides). Elle a mis en évidence que les décès des personnes sans chez soi touchaient tous les individus (homme, femme, enfant, personne isolée, en couple ou en famille, hébergé ou non).

En cela, la surveillance menée par le CMDR répond à son objectif principal.

Toutefois, ce même constat ne peut être porté pour l'atteinte des objectifs complémentaires.

En l'absence d'accès ou de collaboration avec le registre national des causes médicales de décès⁴⁶, il n'est possible de décrire celles-ci qu'à l'aune des informations contextuelles recueillies lors des signalements et des enquêtes.

”

« Retrouvé dans sa chambre, ne prenait pas ses médicaments, multiples pathologies ... »
 « Hospitalisé depuis quelques semaines, problème aux reins et au foie ... »
 « Mort naturelle qui s'explique par le froid, l'alcool, ... »
 « Ce sans-abri de 49 ans souffrait de graves problèmes de santé, après des années d'addiction »
 « Mort violente : meurtre, suicide ou accident probable. Possible suicide selon travailleur social »
 « 10h15 découverte du corps en hypothermie »

”

Ainsi entre 2012 et 2021, 56% des décès recensés par le CMDR ont une cause de décès précisée et codée selon la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies. Pour 44%, la cause de décès demeure non précisée ou sans autre information.

Depuis plusieurs années maintenant, les SIAO sont dotés d'un logiciel, le SI-SIAO qui recueille un certain nombre d'éléments relatifs à la situation sociale, au recours au 115 et au parcours d'hébergement des personnes sans domicile. Une collaboration avec ces structures départementales permettrait un recueil de données plus exhaustif et plus factuel concernant le parcours des personnes recensées par la surveillance de la mortalité. En effet, si les données administratives (sexe, date et commune de naissance, date et commune de décès, lieu de décès) sont bien renseignées par le dispositif de surveillance, celles concernant le parcours de vie font face à un nombre élevé de données manquantes⁴⁷. Une telle collaboration conduirait,

⁴⁴ Le Réseau des Acteurs de l'Habitat <https://panorama.acteursdelhabitat.com/search>

⁴⁵ Hommage aux Morts de la Rue 2022. <https://www.mortsdelarue.org/spip.php?article431>

⁴⁶ L'INSERM-CépiDc

⁴⁷ Cf. Partie Qualités intrinsèques du système – Qualité des données

également, à une identification facilitée des acteurs sociaux ayant côtoyé le ou la défunte et à l'équipe D&D d'entrer en contact avec eux afin de compléter le recueil de données. Cette démarche permettrait d'aboutir à une description plus précise des parcours des personnes décédées.

En l'absence d'une base de population fiable (effectif total de personnes sans chez soi pour une année donnée), il n'est pas possible d'estimer d'incidence ou taux de mortalité. La réalisation de la future enquête INSEE - Sans Domicile, en 2025, est vivement attendue. Des comparaisons au cours du temps sont possibles mais avec les seules données du CMDR qui ne sont pas exhaustives. Il est également possible de décrire certaines caractéristiques de groupes de population spécifiques (comparaison des décès des personnes en situation de rue par rapport aux personnes hébergées, comparaison selon le genre, selon le groupe d'âge, le statut, selon le temps passé à la rue, ..).

En l'absence de comparaison avec la population « vivante », l'identification de facteurs de risques est de fait non réalisable. L'évaluation d'impact et la formulation de recommandations s'en trouvent largement limitées.

De fait, pour améliorer les objectifs de la surveillance du CMDR, une proposition d'actions formulée au sein du Groupe de Travail « Objectifs » du Comité Consultatif est présentée dans le tableau 14. Dans la majorité des situations, le développement de collaboration avec des acteurs extérieurs est une nécessité.

Tableau 14 - Propositions d'études complémentaires

Objectif	Outil	Acteurs internes	Partenaires
Analyse descriptive			
Recenser les décès de personnes sans chez soi	Surveillance des décès de personnes sans chez soi	Équipe PED Équipe D&D	DIHAL SIAO Acteurs AHI-L
Estimer le nombre de décès annuel de personnes sans chez soi	Surveillance des décès de personnes sans chez soi + Décès rapportés en France	Équipe PED Équipe D&D	INSERM-CépiDc
Description temps (distribution des décès au cours de l'analyse et tendance par rapport aux années précédentes), lieu (distribution géographique du décès, description du lieu de décès), personne (profil socio-démographique des personnes décédées)	Surveillance des décès de personnes sans chez soi + Décès rapportés en France	Équipe D&D	INSERM-CépiDc
Décrire les causes de mortalité des personnes sans chez soi	Surveillance des décès de personnes sans chez soi + Décès rapportés en France	Équipe D&D	INSERM-CépiDc
Décrire le recours aux soins et aux structures sociales (hébergement, aide juridique...) avant le décès	Surveillance des décès de personnes sans chez soi + SI-SIAO	Équipe D&D	SIAO Acteurs AHI-L
Décrire l'état de santé des personnes sans chez soi décédées, au moment du décès	Surveillance des décès de personnes sans chez soi + Health Data Hub ? Ou Structures hospitalières ? Ou IML ?	Équipe D&D	Health Data Hub ? Structures hospitalières ? IML ?
Analyse explicative			
Identifier les facteurs de risque de mortalité des personnes sans chez soi	- Étude cas/témoin nichée dans une cohorte - Surveillance des décès de personnes sans chez soi + base de données du Samusocial de Paris ?	Équipe D&D	Samusocial de Paris ? Et autres Samusociaux ?
Mettre en évidence la perte d'années de vie liée à la perte de logement	Étude spécifique	Équipe D&D	INSERM-CépiDc
Mettre en évidence l'impact de la vie en errance sur l'espérance de vie auprès de personnes ayant eu accès à un logement	Étude spécifique	Équipe D&D	- DIHAL – Logement d'abord/ Un chez soi d'abord - Acteurs du logement accompagné
Approche qualitative			
Garder une trace du parcours de la personne pour transmettre aux proches	- Monographie - Enquête qualitative par entretien semi-directif auprès d'un public spécifique chaque année	Équipe PED Équipe D&D	

Un bébé

Un bébé décédé prématurément à l'hôpital.

La maman originaire de République Centrafricaine était en France depuis 8 mois. En attente de régularisation administrative, elle était hébergée dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile.

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

Fonctionnement du système

Définition de cas, population cible et période d'observation

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

En France, l'INSEE a défini les notions de Sans Domicile, et Sans Abri, notamment dans l'enquête Sans Domicile 2012 (17) :

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

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

La FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris) propose une typologie de l'exclusion du logement (cf. Chapitre 1, Annexe 8), fondée sur la notion de « Home », composé de 3 domaines : physique, social et juridique.

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

- Sans-abri : dormant à la rue ou en hébergement d'urgence, type CHU (avec remise à la rue ou dispositif mis en place dans le cadre de la trêve hivernale)
- Sans logement : abri provisoire dans les institutions ou foyers type CHRS
- En logement précaire : sous la menace d'expulsion avec des baux précaires
- En logement inadéquat : caravanes sur sites illégaux, logement insalubre ou qui n'est pas aux normes d'hygiène ou de surface adéquate, surpeuplement

Le Collectif Les Morts de la Rue, dans le cadre de la surveillance mise en œuvre, a développé une définition de cas propre à la population cible concernée, à savoir les personnes sans domicile décédées en France. **Cette définition de cas (Tableau 15) a été créée pour mieux prendre en compte l'instabilité des parcours des personnes. Elle repose donc sur une période plus longue, trois mois, contre une nuit dans la définition de l'INSEE.** De plus, le CMDR retient le terme « sans chez soi » proposé lors de la conférence de consensus de 2007 (2) et qui s'inscrit dans les valeurs portées par le Collectif Les Morts de la Rue. Comme mentionné par V. Girard, P. Estecahandy et P. Chauvin (7), le terme « sans chez soi » n'est pas une définition administrative (comme sans domicile) et repose sur l'expérience des personnes : *« En effet ce qui pose problème, selon les personnes sans abri auditionnées, c'est l'absence d'un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité soient garanties et qui s'inscrive dans un espace urbain délimité et privé : c'est à dire un « chez soi ». Il s'agit donc bien plus d'un habitat à soi que d'un simple abri contre le vent et la pluie »*. Les auteurs ajoutent que : *« La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie »*.

Une des difficultés rencontrées avec cette définition de cas est relative à la période de temps retenue. Si elle est plus représentative de la situation des personnes décédées, elle nécessite de pouvoir, à minima, retracer leur parcours résidentiel sur les trois derniers mois de vie. A défaut et en présence de signaux crédibles quant à la situation de « sans domicile », le cas est classé en « probablement sans chez soi ».

Tableau 15 - Définition de cas de la surveillance de la mortalité développé par le CMDR

Définition de cas	Catégories spécifiques
Personne « Sans chez soi » : toute personne ayant principalement* dormi au cours des 3 derniers mois précédant le décès dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou dans une structure d'hébergement	Sans chez soi « en situation de rue » , ayant dormi principalement* : - Dans des lieux non prévus pour l'habitation (Cave, cabane, voiture, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble, chantiers, tente, métro, gare, rue, pont, toilettes publiques, parking, square/jardin, ...) - Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin - Dans un dispositif temporaire mis en place dans le cadre du plan hivernal ou plan grand froid (gymnase réquisitionné)
	Sans chez soi « Hébergé » : ayant dormi principalement* : - Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (foyer d'urgence, centre de stabilisation, CHRS, Hôtel social, Asile de nuit, LHSS, ...) - Dans un logement squatté (logement occupé sans droit ni titre) - Dans un logement s'il est hébergé par un ami ou de la famille faute de ne pouvoir avoir son propre logement - Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (si cette situation est non pérenne)
	« Probablement sans chez soi » : si la personne appartenait à l'une de ces deux catégories mais que le type exact d'habitat n'est pas connu
Personne « Ancien sans chez soi » : toute personne ayant été à un moment de la vie dans une situation sans chez soi mais qui, au décès, dormait principalement* au cours des 3 derniers mois dans un logement personnel (parc social ou privé) ou un logement accompagné (maisons-relais, résidences sociales, pensions de famille, EHPAD, ...).	
Personne « Récemment à la rue » : toute personne ayant perdu son logement depuis moins de 6 semaines	

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

La surveillance réalisée par le CMDR est de type continue. Tout signalement fait l'objet d'une réception (comprenant contrôle de cohérence, ajout à la liste de décès et inclusion dans la base de données) et d'un classement (Enquête CAS pour la confirmation de l'identité et la situation vis à vis de la rue) au fil de l'eau et ce quelle que soit l'année de décès (cf. Partie Organisation du système et la figure 1 qui décrit les étapes de traitement). En revanche, le traitement des signalements (Enquête PARCOURS) ne s'effectue pas de manière continue. Il est mené du mois d'avril (année N) au mois de mars suivant (année N+1) pour les décès survenus au cours de l'année N. Au-delà, l'équipe D&D est remobilisée pour débiter le traitement des cas survenus pendant l'année N+1. (Exemple : les décès survenus en 2022 et signalés au CMDR sont traités entre début avril 2022 et fin mars 2023. A compter du mois d'avril 2023, l'équipe D&D débute le traitement des décès survenus en 2023).

Les conséquences de ce dispositif sont que les décès appris tardivement (N+1, N+2, N+3 ou plus) ne bénéficient que d'une réception et d'un classement (Enquête CAS). L'absence d'un traitement complet (Enquête PARCOURS) nuit à la qualité des données de ces cas. Ainsi, en 2021, un certain nombre de collaborations, notamment avec la DIHAL a conduit à l'identification exceptionnelle de près de 200 décès survenus au cours des années passées. Ces dossiers ont représenté une hausse de près de 60% de l'activité moyenne et n'ont bénéficié que d'un classement.

Organisation du système

La surveillance repose sur le signalement des décès par des sources diverses : associatives, institutionnelles, structures de soins, médias et particuliers (cf. Chapitre 1, Annexe 1). Elle est centralisée à un niveau national par le CMDR qui traite l'ensemble de l'information (Figure 29). Les signalements reposent sur une participation volontaire des acteurs et constitue un processus systématique et continu tout au long de l'année. Pour cela, une fiche de signalement (cf. Chapitre 1, Annexe 5) élaborée spécifiquement est accessible directement sur le site internet du CMDR⁴⁸ et depuis mai 2020, un formulaire en ligne est également disponible⁴⁹. Des actions complémentaires sont menées par le CMDR pour améliorer le nombre de signalements : recherche active de cas par des appels téléphoniques aux différents acteurs associatifs et veille médiatique (cf. Chapitre 1, Annexe 4).

⁴⁸ http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/fiche_transmission_decès_CMDR-1.pdf

⁴⁹ <https://forms.gle/5PTkXETfiuCEw8SP9>

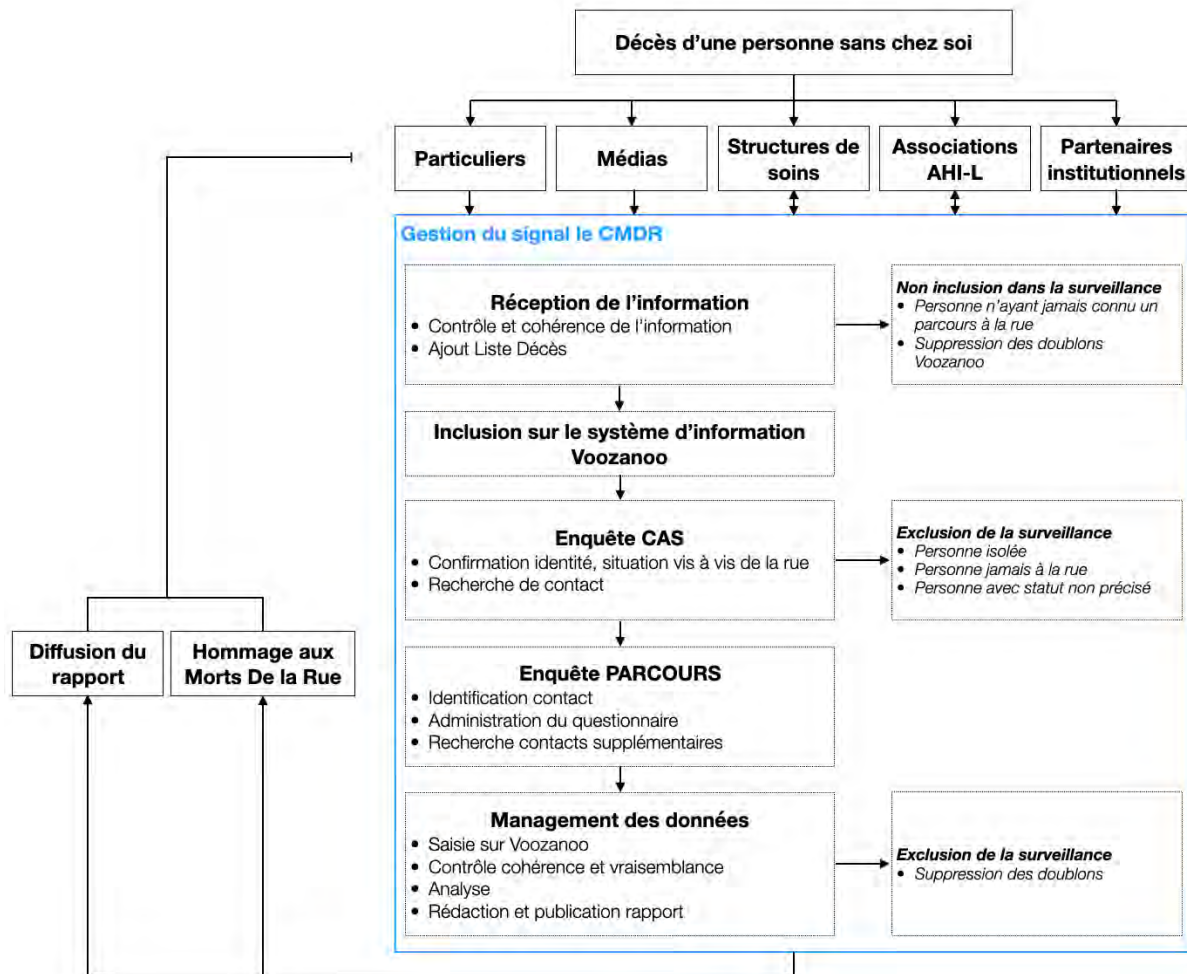


Figure 29 - Schéma de fonctionnement général de la surveillance de la mortalité par le CMDR

L'équipe en charge de la surveillance comprend deux salariées du CMDR (Coordinatrice de l'association et responsable du projet « Proches en Deuil » ou PED) et l'ensemble de l'équipe « Dénombrer et Décrire » qui comprend les enquêteurs, le coordinateur de l'équipe D&D et l'épidémiologiste.

- L'équipe « Proches en Deuil » (PED) :** Les signalements sont réceptionnés directement par l'équipe afin de répondre, selon les besoins exprimés, aux demandes d'aide venant de travailleurs sociaux, de proches, faisant face à des difficultés suite au décès d'une personne. (cf. Présentation du CMDR). Ces signalements sont généralement réalisés par l'intermédiaire de la fiche de signalement (cf. Chapitre 1, Annexe 5) qui est transmise à l'équipe. Ils peuvent également se faire au cours d'échanges téléphoniques, de courriels ou de visites. De plus, l'équipe PED réalise une veille médiatique (cf. Chapitre 1, Annexe 4) et une veille sur les réseaux sociaux (Facebook®, Twitter®, Instagram®).

Ces différents signalements lorsqu'ils répondent aux critères d'inclusion (décès sur le territoire français de personnes sans chez soi ou ayant connu un parcours à la rue), étape du contrôle de cohérence, sont saisis sur un fichier « Liste de décès » et ajoutés à la base de données Voozanoo®. Il s'agit d'une plateforme de saisie de données en ligne, sécurisée (agrément d'hébergement de données de santé conforme RGPD) et créée par Epiconcept®.

Une fois les demandes traitées par PED (organisation des funérailles, recherche et accompagnement des proches, ...), les cas sont alors transmis à l'équipe « Dénombrer et Décrire ». L'équipe PED organise chaque année l'Hommage annuel aux morts de la rue.
- L'équipe « Dénombrer et Décrire » (D&D) :** Elle se compose d'enquêteurs qui sont des membres bénévoles dont le nombre varie en fonction de leur disponibilité, de volontaires en Service civique et de 2 membres permanents (coordinateur et épidémiologiste).

Elle réalise l'enquête CAS qui vise à confirmer la situation vis à vis de la rue de la personne selon la définition de cas retenue (Tableau 15) et à recueillir les données d'identité au moyen des bases de données disponibles (Fichier des décès de l'INSEE, MatchID), des actes de décès et des informations transmises lors du signalement.

L'équipe D&D mène ensuite l'enquête PARCOURS qui porte sur le recueil de données sur le parcours de vie des personnes décédées au moyen d'un questionnaire standardisé (cf. Chapitre 1, Annexe 6) administré par téléphone auprès des tiers (travailleurs sociaux, éducateurs.rices, bénévoles, ...) ayant connu les défunts.

Les principales informations collectées sont démographiques (date et commune de naissance, date et commune de décès, âge, sexe). Elles sont relatives au décès (circonstances de survenue, lieu et causes), au contexte administratif, social et familial, au parcours résidentiel et à l'état de santé (cf. Chapitre 1, Annexe 7).

La recherche des tiers pour mener les enquêtes constitue l'étape la plus longue du processus et mobilise beaucoup d'efforts de la part des bénévoles pour identifier et contacter ces personnes en vue de recueillir les données. Ce constat a mené à la définition de critères de clôture⁵⁰ des dossiers plus succincts afin de tenter de traiter l'ensemble des dossiers au regard des moyens humains alloués.

Chaque dossier clôturé est contrôlé par le coordinateur avant d'être saisi sur la base Voozanoo® (une seule saisie). Celle-ci est alors relue par un bénévole pour vérification.

Le contrôle et la cohérence des données sont menés en routine par l'épidémiologiste. Ils portent sur la recherche de doublons, la cohérence des critères de clôture, des lieux d'habitation, des liens entre variables, le recodage de certaines (âge, temps d'errance, ...). Les causes de décès sont codées par l'épidémiologiste sur la base des informations recueillies et selon la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10) (18).

L'analyse des données est réalisée. Elle se déroule généralement entre les mois d'avril et juillet de l'année N+1 par rapport à l'année de survenue des décès. L'analyse est principalement descriptive avec des comparaisons en sous-groupes de populations spécifiques. Les résultats obtenus sont utilisés pour la rédaction du rapport annuel qui est ensuite soumis à un comité de relecture avant mise en page et publication généralement à la fin du mois d'octobre.

La partie 3 du rapport D&D présente la synthèse des entretiens menés avec les bénévoles de l'équipe D&D et éclaire leurs pratiques. Voir pour cela le chapitre 1 - La phase amont de prospection des structures ressources et le chapitre 2 - Les modalités de passation de l'entretien.

- Un Comité consultatif: Il est composé de la coordinatrice et de la présidente du CMDR, du coordinateur de l'équipe D&D, de l'épidémiologiste, de membres bénévoles (notamment les anciennes épidémiologistes du projet D&D, d'anciennes enquêtrices de l'équipe D&D, de personnalités impliquées dans le domaine de la recherche, de la précarité ou du sans abris). Il accompagne l'analyse du dispositif, appuie le développement de nouvelles collaborations, apporte un éclairage technique et formule des recommandations. En 2021, le Comité consultatif s'est constitué en 5 groupes de travail : Évaluation, Réseau, Recherche, Rapport et Objectifs. Le présent rapport comporte un certain nombre des travaux de ces groupes de travail.
- Un Comité de Pilotage (COPIL): Il est composé des membres du bureau du CMDR, de sa coordinatrice et de sa présidente, du coordinateur de l'équipe D&D et de l'épidémiologiste. Il s'agit de l'instance qui régit les orientations stratégiques du projet D&D.

Le fait que l'équipe D&D soit composée en intégralité d'enquêteurs bénévoles est une force : ils représentent la société civile et apportent un éclairage différent à l'enquête selon leur parcours respectif.

Cette organisation présente aussi des limites. D'une part, le temps consacré au CMDR par les bénévoles est compris entre 1 à 2 demi-journées par semaine ce qui allonge la durée de traitement des dossiers et nécessite un haut niveau de communication au sein de l'équipe pour assurer la continuité des enquêtes. D'autre part, l'équipe d'enquêteurs est organisée depuis 2020 à une échelle régionale. Chaque enquêteur est ainsi référent d'une région donnée dans le but d'avoir un meilleur suivi et une meilleure connaissance des acteurs locaux. Cela nécessite le recrutement d'une équipe de bénévoles suffisamment nombreuse pour couvrir l'ensemble du territoire et renforcer les zones où les signalements sont les plus fréquents. Enfin,

⁵⁰ Les critères de clôture sont : la situation du logement au cours des 3 derniers mois de vie la personne décédée, la date et la commune de naissance, la date et la commune de décès, le sexe et l'identité.

l'activité attendue des enquêteurs nécessite un apprentissage et une maîtrise des différents outils et étapes de l'enquête associé à un travail rigoureux permettant de conserver un niveau méthodologique fiable. Le coordinateur de l'équipe D&D a donc un rôle clé dans ce dispositif. Véritable poumon, il assure le recrutement, la formation, l'accompagnement et le suivi de l'équipe D&D, veille à la bonne utilisation des outils développés et à la qualité du recueil de données. Pour ces différentes raisons, le recrutement de la nouvelle coordinatrice de l'équipe D&D avec une présence renforcée et un contrat à durée indéterminée, à compter du mois d'octobre 2022, constitue une première étape fondamentale dans l'effort de consolidation, d'amélioration et de développement du dispositif de surveillance⁵¹.

Comme dit précédemment, le CMDR est au cœur du circuit de l'information. Si le rapport du cabinet Cemka-Eva (1) proposait de mettre en œuvre une centralisation à l'échelon départemental du système de surveillance, cette option s'est avérée difficile à mettre en œuvre par le CMDR faute de relais. En effet, différentes associations, partageant avec le CMDR un certain nombre d'objectifs communs (honorer les morts de la rue, accompagner les personnes en deuil, faire savoir que vivre à la rue tue, veiller à la dignité des funérailles, Annexe 7), constituent des partenaires importants de la surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi par leur signalement régulier. Un travail mené par le CMDR entre 2012 et 2013 auprès de ces structures afin d'apprécier la faisabilité d'un recueil de données à leur échelle avait cependant pointé des limites pour certaines en termes de ressources humaines et financières, pour d'autres, c'est la mission en elle-même qui ne s'inscrivait pas dans leurs prérogatives.

De fait, l'organisation du dispositif demeure centralisé. Le développement de référents régionaux au sein du projet D&D constitue une stratégie supplétive visant à améliorer les collaborations au niveau régional.

Les résultats de l'étude COLUT abondent d'ailleurs dans le sens d'une meilleure collaboration régionale :

- Avec les têtes de réseaux dans une perspective de sensibilisation et de communication autour des actions du CMDR (formation des professionnels, surveillance de la mortalité) et par la production de résultats de la mortalité à l'échelon régional
- Avec les acteurs départementaux, notamment les SIAO, afin d'identifier les réseaux de partenaires locaux et d'améliorer le partage de données entre acteurs

Sources d'information et type de surveillance

Le dispositif de surveillance repose sur 6 grandes catégories de sources : associative (via les acteurs associatifs de l'AHIL et les associations similaires au CMDR), institutionnelle (comme la DIHAL), communale (via la convention du CMDR avec la Mairie de Paris), sanitaire (via les établissements de santé et/ou médico-sociaux), médiatique et celle des particuliers (cf. Chapitre 1, Annexe 1).

Sur l'ensemble de la période 2012-2021, les partenaires institutionnels (26%), les acteurs de l'AHIL (23%) et les médias (22%) représentent près de 70% des signalements reçus. Au cours des dix années écoulées (Figure 30), il est observé une consolidation des signalements par ces 3 grandes sources avec notamment une montée en charge importante des signalements par les partenaires institutionnels. Il s'agit du résultat de la collaboration renforcée entre le CMDR et la DGCS puis la DIHAL à partir de l'année 2019 (portant notamment sur les décès survenus 2018). Ces signalements sont issus du dispositif de surveillance de la mortalité survenue sur la voie publique COGIC⁵². Il s'agit d'un dispositif national qui présente un certain nombre de biais géographiques avec notamment une meilleure déclaration des décès en Île-de-France. Il apparaît une relative stabilité de la contribution des établissements de santé, des particuliers et de la Convention avec la Mairie de Paris au total des signalements sur les cinq dernières années (+/- 5% en moyenne pour chacune de ces sources). En revanche, il est observé une diminution régulière du nombre de signalements issus des Collectifs régionaux ou associations œuvrant à l'hommage des morts de la rue, notamment en Occitanie.

⁵¹ Le recrutement d'une ressource humaine, à 80% en CDI, sur le projet D&D a été obtenu grâce à une demande acceptée de hausse de la subvention allouée par la DIHAL dans la perspective d'une amélioration du dispositif de surveillance.

⁵² Bulletin quotidien de la protection civile

Thierry, 43 ans

Cultivé et intelligent, discret, Thierry aimait beaucoup lire, faire des mots croisés. Il allait régulièrement à la bibliothèque et se tenait au courant de tout. Il tenait à être toujours propre car il souffrait de sa situation de personne sans chez soi et du regard des autres. Thierry avait eu plusieurs emplois et avait pu voyager à l'étranger.

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

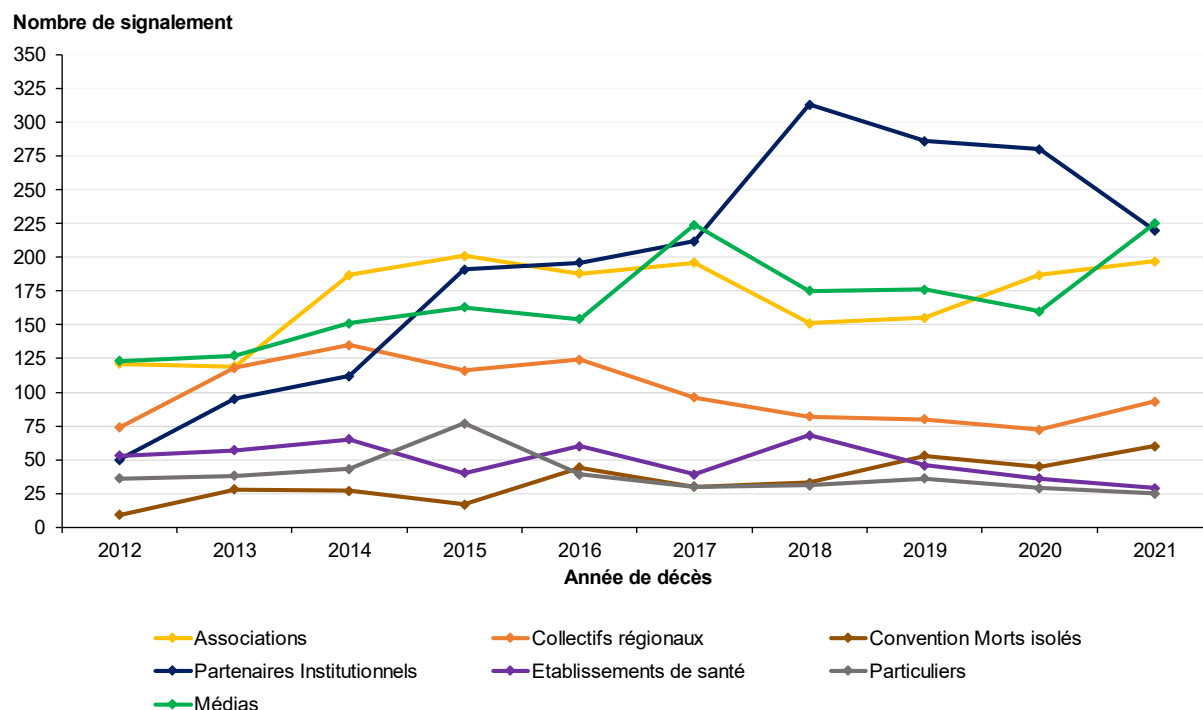


Figure 30 - Évolution des signalements de décès (SCS, A-CSC, R-SCS) selon l'année de décès et le type de source, CMDR 2012-2021, France

Entre 2012 et 2021, la majorité des décès signalés au CMDR l'a été par une seule source (84%). Chaque année, seule une centaine de décès est signalée par 2 sources simultanément (Figure 31). Cette constatation laisse à penser que les différentes sources de signalement sur laquelle s'appuie la surveillance du CMDR sont complémentaires et non concurrentielles.

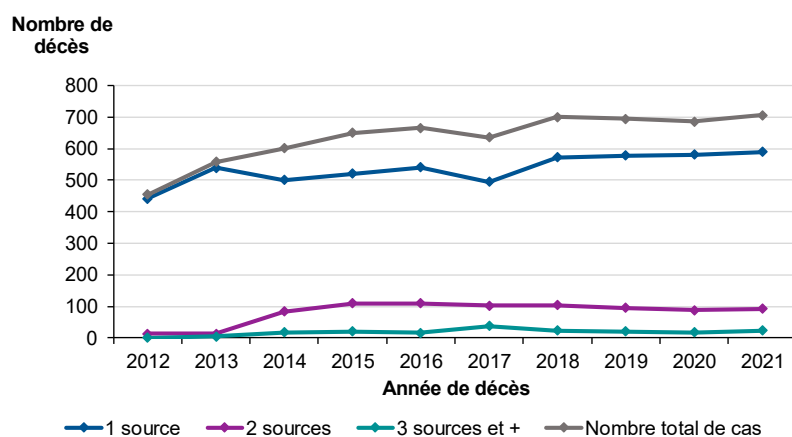


Figure 31 - Évolution du nombre de sources signalant un décès entre 2012 et 2021, CMDR

Le dispositif sur lequel s'appuie la surveillance est de type semi-actif et volontaire. La mise en place de la fiche de signalement (cf. Chapitre 1, Annexe 5) et son appropriation par les différentes sources doit permettre un signalement « passif » des décès. En 2021, 61% des décès ont été signalés de manière passive.

Le CMDR met en œuvre également une recherche active des cas via la veille médiatique et des relances auprès des différents acteurs.

Une analyse plus sensible des sources n'est pas possible de manière systématique. La base de données ne permet pas, en l'état, une saisie standardisée des sources par nom, type, coordonnées.

Le retour d'expérience des membres les plus anciens de l'équipe D&D témoigne du renouvellement constant du réseau de sources et de sa grande variabilité. Il s'agit d'un dispositif fragile qui nécessite des efforts réguliers pour le dynamiser et conserver les différents contacts établis.

Le développement d'actions ciblées de sensibilisation à l'échelle régionale et départementale couplé à la formalisation d'accords de collaboration avec les différents acteurs de l'AHI-L constituent un axe de développement prioritaire et nécessaire, sans oublier pour les autres acteurs (dispositifs hospitaliers, sanitaires, médico-sociaux ambulatoires, ou de soins résidentiel ; acteurs institutionnels, ...).

Procédures réglementaires

Sur le plan réglementaire, le recueil rétrospectif mené par le CMDR porte sur des données déjà existantes et relatives aux personnes décédées. Leur type, leur stockage et leur exploitation par le CMDR exclusivement font l'objet d'une déclaration enregistrée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1354755. Les informations personnelles recueillies ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les bénévoles tout comme les professionnels du CMDR signent une charte de confidentialité. La mise en place du règlement général sur la protection des données (RGPD) a enclenché une stratégie de mise en conformité par le CMDR portant sur le registre des activités de traitement, la sécurisation des données avec le système d'information sécurisé Voozanoo® (homologuée RGPD), l'information des personnes, les procédures internes. Des actions sont encore à l'œuvre actuellement. Toutefois, il est important de considérer que le RGPD ne s'applique pas aux données relatives aux personnes décédées. Il importe cependant de ne pas porter atteinte au défunt et à sa descendance. L'accès sécurisé, individuel et réservé à la base de données du CMDR, l'anonymisation des données et leur analyse agrégée concourent à en limiter les risques.

Utilité du système

L'enquête COLUT

- Enquête quantitative par questionnaire auto-administré en ligne et diffusé par mail individuel (Annexe 1, Questionnaire COLUT)
- Population cible :
 - Utilisateurs (professionnels et principaux partenaires utilisant les données du système de surveillance sans y participer)
 - Acteur exerçant dans le domaine de la précarité, de la recherche ou dans le domaine de l'AHIL ou auprès des personnes sans domicile
 - Exerçant comme responsable de direction, chercheur ou chargé.e d'étude
- Échantillonnage :
 - Non aléatoire
 - Recrutement de type « boule de neige » :
 - Recrutement de 1^{er} niveau : inclusion d'acteurs clés via l'envoi d'un mail d'invitation à la participation à l'enquête COLUT
 - Recrutement de 2^{ème} niveau : chaque acteur de 1^{er} niveau sollicité est invité à proposer 3 nouvelles personnes à inclure.
 - Recrutement de 3^{ème} niveau : chaque nouvelle personne proposée (2^{ème} niveau) reçoit un mail d'invitation d'une part pour participer à l'enquête et d'autre part pour proposer 3 nouvelles personnes à inclure. Ces 3 nouvelles personnes constituent les inclusions de 3^{ème} niveau.
 - Répétitions de cet enchaînement et donc recrutement successif jusqu'à l'absence de nouvelles personnes à inclure ou non réponse.
- Objectifs :
 - Objectif principal : évaluer le niveau d'utilité de la surveillance du CMDR auprès d'utilisateurs et participants du dispositif de surveillance
 - Objectifs secondaires :
 - Identifier les autres sources de données de mortalité relatives aux personnes sans domicile utilisées
 - Explorer le niveau de connaissance du dispositif du CMDR
 - Identifier des pistes d'amélioration

La période de recrutement et de recueil des données s'est déroulée du 16 février 2022 au 28 juin 2022.

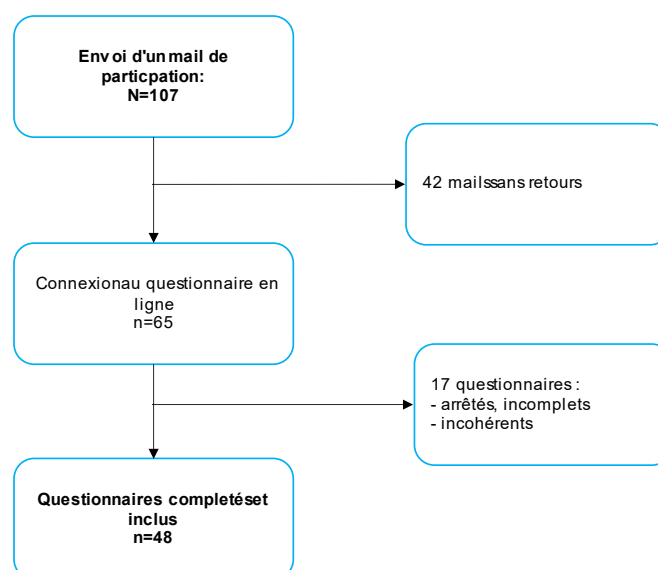


Figure 32 - Flowchart COLUT

Participants

Comme le montre la Figure 32, elle s'est traduite par l'envoi de 107 mails auprès de multiples acteurs dont 42 pour le seul premier niveau. Cet envoi inaugural a visé la Fédération nationale des Acteurs de la Solidarité et FAS régionales, la Fédération nationale des Samusociaux, l'INSEE, les Hauts-Commissariats à la Pauvreté, la DGCS, l'IPLEPS, l'INED, Santé Publique France, l'UNAFO, SOLIHA, la DIHAL, l'UNCCAS et les CCAS, la Fondation Abbé Pierre et quelques médias. 14 ont répondu en participant à l'enquête (14 sur 42, 33%).

Chacun était invité à recommander, au CMDR, trois nouvelles personnes susceptibles de travailler sur la thématique de la précarité, de la santé ou des personnes sans domicile. La connaissance du CMDR n'était pas un préalable pour participer à l'enquête. Parmi les répondants du premier niveau, 8 ont proposé de nouveaux contacts à inclure. En tout, 6 niveaux de recrutement ont été constaté.

La plateforme de recueil des données a comptabilisé 65 connexions. Parmi elles, le nettoyage des données a conduit à la suppression de 17 questionnaires insuffisamment complétés ou présentant des incohérences.

Au final, l'échantillon de l'enquête compte 48 répondants (Figure 33), ce qui rapporté au nombre de mails envoyés aboutit à un niveau de participation de 45%.

Proportion de participants

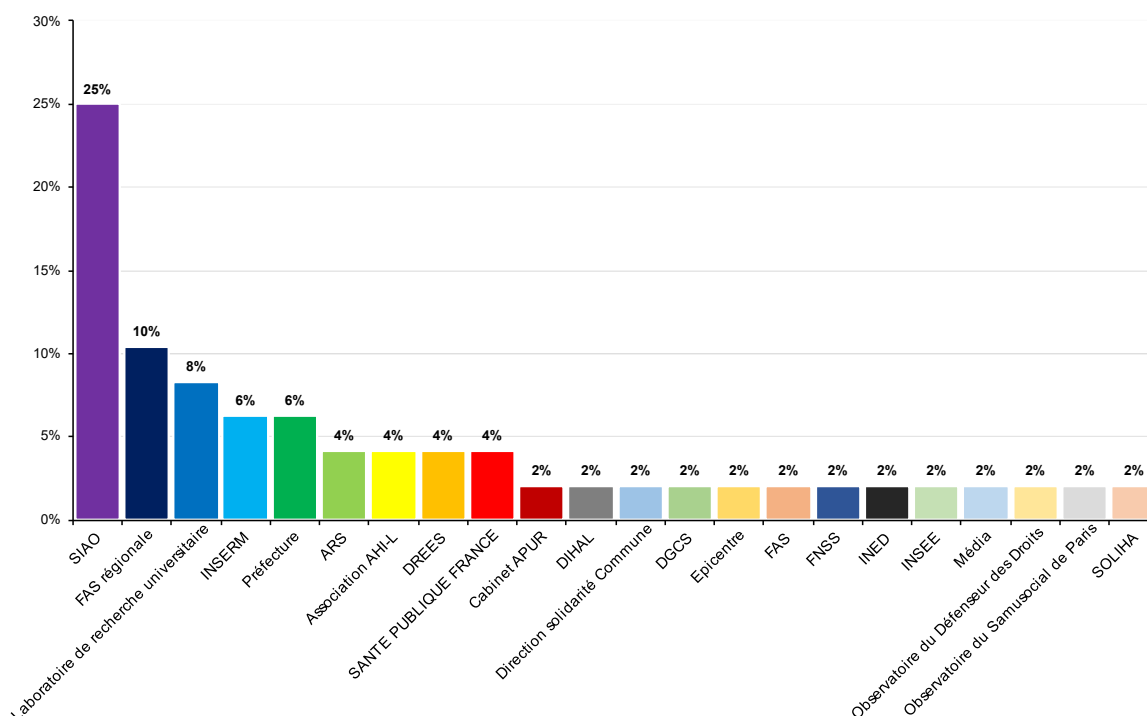


Figure 33 - Distribution des participants à COLUT selon leur structure

L'échantillon constitué ne serait être représentatif des acteurs de l'AH-L ou de la recherche. Avec seulement 2 associations, il apparaît regrettable que le CMDR n'ait pu recruter un plus grand nombre d'acteurs de l'AH-L ou du médico-social.

Au vu de la grande distribution des participants selon la structure d'exercice, il est procédé à des regroupements. Ainsi, il est entendu par :

- Agence santé (ARS, SPF) : les Agences Régionales de Santé et Santé Publique France
- Unité de recherche : les laboratoires de recherche universitaire, Epicentre, l'Observatoire du Samusocial de Paris, le cabinet APUR
- Institution : Direction Générale, Délégation interministérielle, Établissement public sous tutelle d'un ministère : DIHAL, DGCS, DREES, INED, INSERM
- Fédération : la Fédération nationale des Acteurs de la Solidarité et ses antennes régionales, SOLIHA, la Fédération nationale des Samusociaux

- Administration locale : préfecture, mairie

Le recrutement a permis de cibler des personnes dont la profession implique d'utiliser ou de recourir à des données. On note la présence de plusieurs chargé.es de mission, de directeurs, d'épidémiologistes, de responsables de pôle, de chargé.es d'étude ou encore de chef.fe de projet.

Sources de données

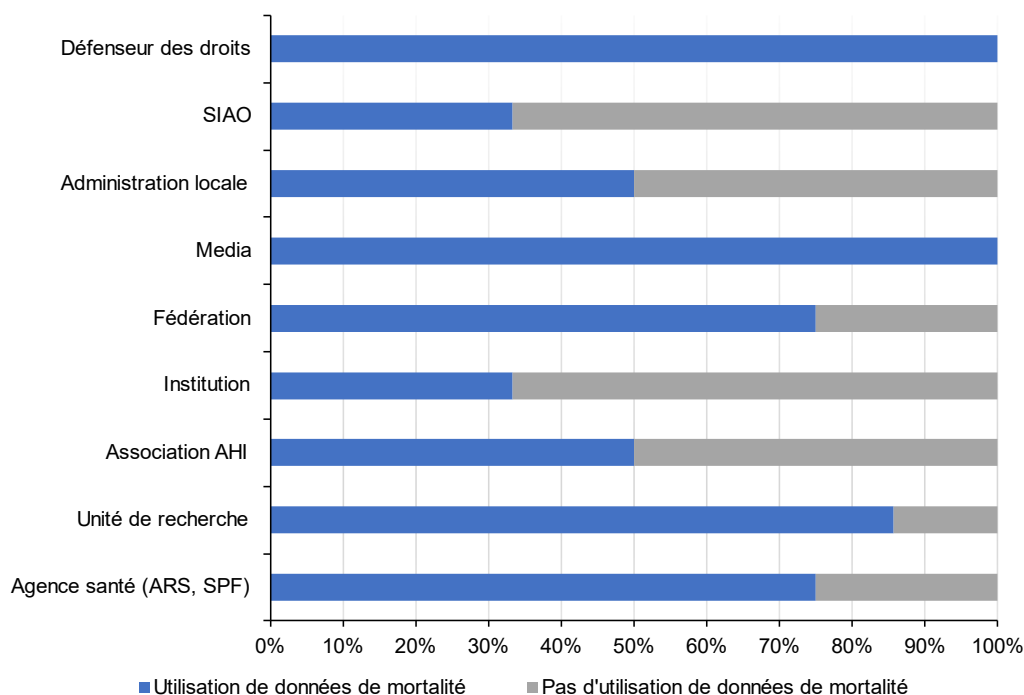


Figure 34 - Usage de données de mortalité par grande catégorie de structure

La majorité des participants utilise des données de mortalité de personnes sans domicile dans le cadre de leur exercice professionnel (56%).

Il est constaté un plus faible usage parmi les participants exerçant en institution ou en SIAO (Figure 34). Parmi les différents motifs de non-utilisation invoqués, les plus fréquents⁵³ sont :

- L'inutilité au niveau professionnel (33%) ;
- Le fait que ces données sont non connues (14%) ou que la thématique n'est pas encore explorée malgré sa pertinence (14%) ;
- La non accessibilité aux données de mortalité des personnes sans domicile (10%) ;
- Le fait que ces données soient à la fois non connues et non accessibles (10%) ou non connues et inutiles (5%) ou non connues et non disponibles en interne (5%).

⁵³ 2 participants n'ont pas répondu à cette question

Haidar, 20 ans

Haidar un jeune Syrien de 20 ans, en exil.

Au cours d'une soirée d'automne, il décide avec 2 autres personnes de traverser la Manche mais leur embarcation prend l'eau. Aucun ne survivra.

Au pays, il étudiait la chimie mais avec la répression et la guerre, Haidar dut fuir le pays. Désabusé par l'accueil réservé aux immigrants, il décida de tenter la traversée pour rejoindre un cousin éloigné, en Angleterre.

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

A contrario, dès que la structure intervient à un niveau régional ou national (à l'exception des institutions), la nécessité de ce type de données devient plus importante. Dans ce cas, les principales sources de données utilisées sont celles :

- du CMDR (41%) ;
- du CMDR et de l'INSERM-CépiDc (15%) ;
- de la combinaison du CMDR, de l'INSERM-CépiDc et de la surveillance COGIC (7%) ;
- du SI-SIAO (7%).

Parmi les autres sources de données citées mais fréquemment utilisées, il est retrouvé celles de la DEETS, de l'UD-DRIHL, du COBSPP, du PMSI. Certains acteurs peuvent également mener des enquêtes spécifiques pour obtenir ce type d'information.

Connaissance du CMDR et du rapport D&D

La très grande majorité des participants à l'enquête COLUT connaît le CMDR (85%) et plus de la moitié, connaît à la fois l'association et le rapport D&D (65%) alors que ces caractéristiques n'étaient pas des critères d'inclusion. Cependant, ce constat peut s'expliquer aussi par un biais de sélection induit par la méthode de recrutement de type « boule de neige » qui favorise l'inclusion de personnes ayant les mêmes centres d'intérêt ou évoluant dans la même sphère d'influence.

Si la connaissance du CMDR est largement acquise parmi les participants de l'enquête (Figure 35), celle du rapport D&D est moindre notamment parmi les agences de santé (50%), les institutions (55%) et les SIAO (50%).

Ce constat n'est pas totalement surprenant pour des structures comme Santé Publique France ou les Agences Régionales de Santé. La précarité et le sans abris constituent des thématiques traitées parmi d'autres bien que des unités spécifiques soient existantes (Programme Inégalités sociales et territoriales de Santé chez SPF notamment). Ces 2 structures sont déjà confrontées à la mise en œuvre de multiples systèmes de surveillance.

Le constat peut être similaire pour les institutions : l'INSEE, la DREES, la DGCS, l'INED ont des champs d'intervention bien plus larges que la thématique explorée dans l'enquête COLUT. Le faible nombre de participants pour chacune de ces structures constitue une limite majeure dans l'interprétation des résultats obtenus. Ce constat est valable pour la DIHAL également (1 participant).

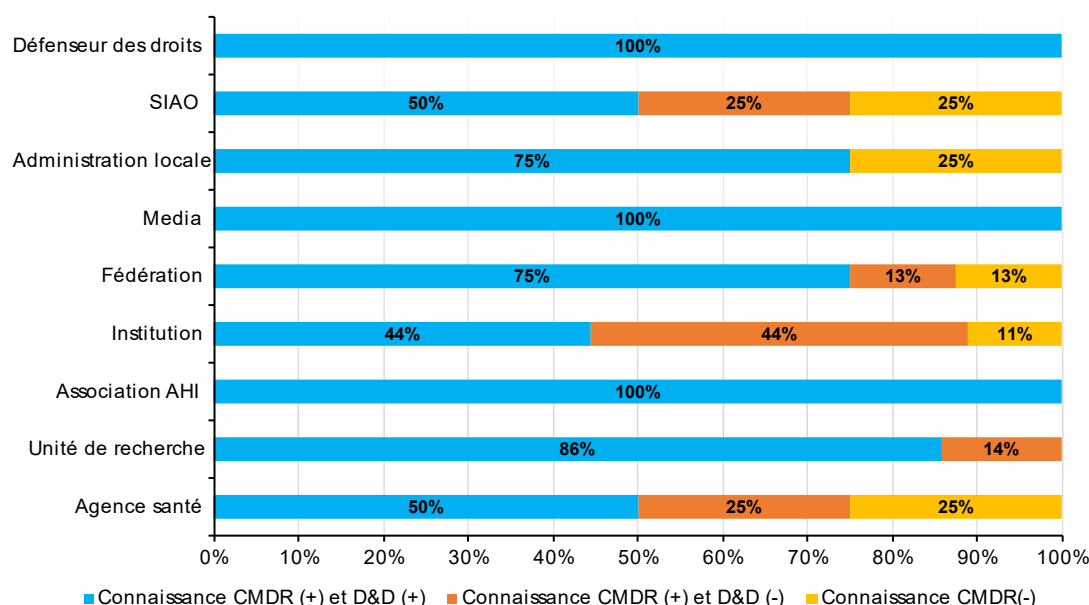


Figure 35 - Connaissance du CMDR et du rapport D&D selon le type de structure répondant

En revanche, la faible connaissance du rapport D&D par les SIAO est plus surprenante. Il est bien observé que seulement 12 structures sur les 111 existantes en 2022, ont répondu. Toutefois, en tant qu'acteur départemental jouant un rôle clé dans l'observation sociale, la méconnaissance du CMDR et de son rapport par la moitié des répondants sont les témoins des efforts que le système de surveillance doit fournir pour améliorer sa couverture territoriale. La production et l'accessibilité de données de mortalité à l'échelon régional et départemental pourrait constituer un premier axe de développement.

Parmi les acteurs n'ayant pas recours à des données de mortalité mais qui connaissent uniquement le CMDR sans connaître le rapport D&D, les principales actions connues sont :

- Le plaidoyer, « pointer une problématique que personne ne veut voir », « dénoncer une situation intolérable », « rendre visibles les décès des personnes sans abri », « pointer un angle mort des observations des SIAO mais aussi d'autres observatoires ».
- Le dénombrement des décès, « comptabiliser les morts de la rue », « donner un premier dénombrement même partiel »
- L'hommage par l'organisation de cet événement annuel mais également l'accompagnement aux funérailles des personnes décédées
- La formation des travailleurs sociaux sur la question des décès

Niveau d'utilité

Pour les participants de l'enquête utilisant les données de mortalité ou connaissant le CMDR et son rapport D&D, il était proposé d'évaluer sur une échelle de 0 (Pas du tout) à 4 (Tout à fait d'accord), dix affirmations portant sur le système de surveillance du CMDR, comme proposé dans le modèle de M. Herida et J-C. Desenclos (6), un score global sur 40 pouvant être calculé. A chaque item, les participants étaient invités à justifier leur notation.

Si 31 participants étaient éligibles, seulement 23 réponses en moyenne sont comptabilisées. Rapportée à l'ensemble des mails d'invitation envoyés initialement (n=107), la participation à cette partie de l'enquête ne s'élève qu'à 21%.

Le score global obtenu est de 33 sur 40, soit un résultat plutôt flatteur pour le travail mené par les équipes largement bénévoles du CMDR. La valeur médiane de chaque item est représentée sur la Figure 36. Celle-ci reprend également leur intitulé et le nombre de participants.

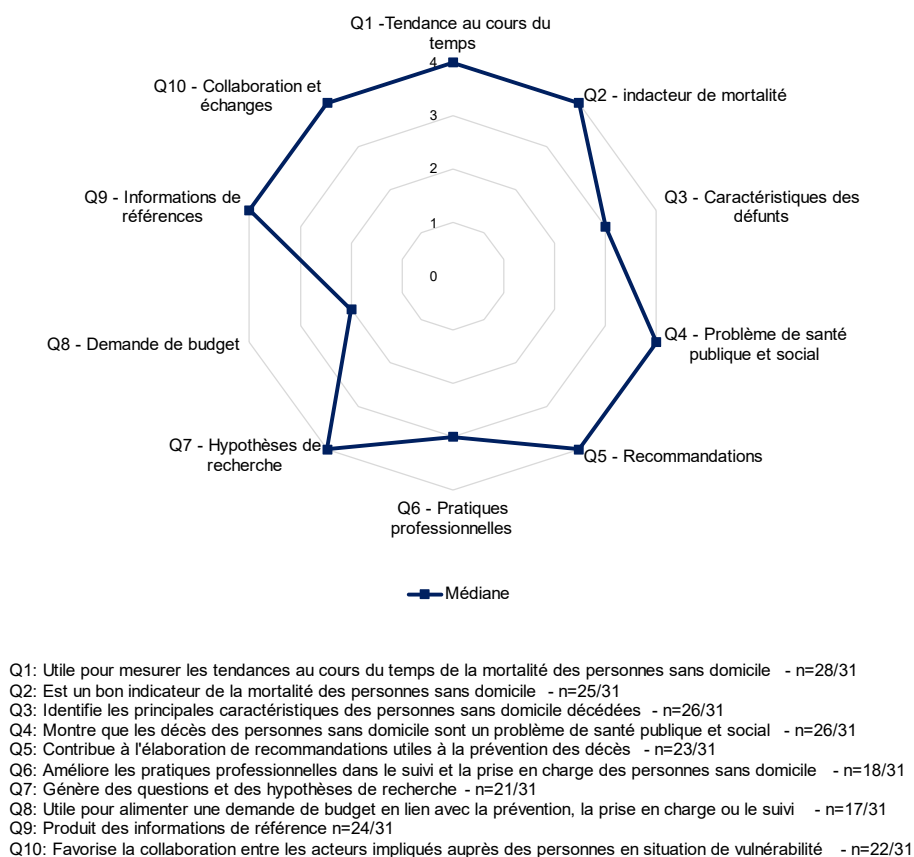


Figure 36 - Représentation du niveau médian de l'utilité du système de surveillance par les participants de COLUT

La surveillance réalisée par le CMDR apparaît utile pour mesurer les tendances au cours du temps de la mortalité des personnes sans domicile. Il s'agit pour certains de *« la seule enquête sur le sujet »* et pour laquelle le CMDR est *« l'instance nationale la plus pertinente sur le sujet »*. *« Le rapport D&D apparaît commun très bien détaillé »* avec des *« indicateurs pertinents »*. La *« méthodologie mise en œuvre semble intéressante et fiable »* avec une *« approche scientifique »*. Toutefois, bien qu'il s'agisse des *« seules données existantes sur le sujet »*, celles-ci sont non exhaustives, pouvant être, par exemple, *« dépendantes d'une moindre activité des bénévoles sur une région ou une autre »*. Le fait que la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile soit *« un dispositif non institutionnalisé »*, le système est *« dépendant de la capacité interne et de la bonne volonté de la structure »*. Les résultats nécessitent donc de la retenue dans l'analyse scientifique. Un certain nombre d'acteurs pointent la difficulté d'accéder aux données ciblées par la surveillance, notamment par exemple auprès *« du public invisible ou non déclaré »*. *« Si le dénombrement réalisé par le CMDR gagne peu à peu en exhaustivité, le décompte total ne permet pas de rendre compte avec exactitude de l'évolution de la mortalité. Il est possible d'observer une évolution de la tendance à périmètre constant en étudiant uniquement les signalements reçus de sources régulières. »*

Le dispositif fournit un indicateur de la mortalité des personnes sans domicile bien que la grande majorité le considère, à raison, comme *« sous-estimé »*. *« Aucune autre source potentielle de connaissance sur le sujet n'existant »*, il est *« difficile de pouvoir comparer »*. Le CMDR est *« tributaire des remontées »* qui lui sont adressées, les données de mortalité étant *« insuffisamment renseignées par les acteurs associatifs et institutionnels »*. *« La base de données du CMDR constitue un échantillon spontané, cependant, il s'agit d'une des meilleures bases disponibles sur le sujet », « le parfait complément à l'INSERM-CépiDc »*. A noter que le travail mené par les équipes D&D de vérification de l'information et de traitement des signaux est mis en avant et contribue *« à la fiabilité »* des résultats produits.

L'identification des principales caractéristiques des personnes décédées par le système est limitée par la disponibilité et la qualité des données. Le fait que le recueil de données soit simplement déclaratif est un frein à une meilleure exhaustivité pour certains répondants. L'absence des causes médicales de décès et le faible niveau d'informations concernant l'état de santé (suivi médical, comorbidités) sont dommageables. Enfin, sous couvert d'anonymisation, manque *« la disponibilité de données relatives à la trajectoire sociale des personnes afin de pouvoir connaître, par exemple, le milieu social d'origine, les professions exercées, qui pourrait être d'un réel intérêt »*. Mais en pratique, cela peut être également compliqué, *« les personnes de la rue souhaitant souvent ne pas trop donner d'informations à ce sujet »*.

Les résultats produits par le dispositif du CMDR montrent que les décès de personnes sans domicile sont un problème de santé publique et social. La communication médiatique autour du rapport contribue aux actions de plaidoyer. Cela participe à faire de ce sujet un enjeu majeur, *« peut-être pas tant du point de vue épidémiologique mais en termes philosophique et éthique »*. *« Malgré la rigueur du rapport et l'importance du sujet »*, des doutes sont émis quant à l'atteinte d'un public extérieur au domaine de l'exclusion. Pour certains, les sujets du sans abris et du mal-logement sont malheureusement *« trop peu présents dans les médias et dans le débat politique pour en faire un problème de santé publique »*. *« Les responsables politiques n'en font pas une priorité et l'opinion publique vis à vis de la situation des personnes à la rue, oscille entre victimisation et culpabilisation »*. Il s'agit, pour d'autres, *« d'un problème social, surtout en termes d'égalité entre citoyens »*. Pour d'autres au contraire, *« le nombre de décès, l'âge moyen au décès, sont des indicateurs choquants tant pour le public, les professionnels que pour les associations et les services de l'État »*. *« Ils permettent de sensibiliser l'opinion publique, associative et politique »*. Le rapport du CMDR est considéré, par certains, *« d'utilité publique », « permettant de mettre évidence un processus de marginalisation à enrayer »*. *« Il s'agit des morts DE la rue et pas seulement DANS »*. *« Le sans abris, la précarité use les corps et l'esprit. Les choix politiques ont une incidence sur la santé des personnes et de fait un coût (hospitalisations etc.) »*.

Les résultats de la surveillance contribuent de manière relative à la formulation de recommandations. Avant tout, la production de données tant qualitative que quantitative permet d'appuyer, d'étayer les données d'interpellation et de plaider. Il a pu être observé également que les résultats du CMDR étaient parfois utilisés par « certains professionnels et bénévoles » au cours de maraudes, notamment en période estivale afin de sensibiliser les publics. Toutefois, les facteurs associés à la mortalité précoce des personnes sans domicile ne pouvant être expliqués à partir des seuls résultats de la surveillance, il n'est pas possible en l'état de formuler des recommandations spécifiques. *« Les résultats et préconisations des rapports sont de fait les mêmes que celles d'autres publications (Fondation Abbé Pierre, Fédération des Acteurs de la Solidarité) et ce qui peut être constaté au niveau des SIAO notamment ».*

Les données produites par le CMDR contribuent peu à une amélioration des pratiques professionnelles pour les mêmes raisons que citées précédemment. Les répondants pointent en revanche, un certain nombre d'enjeux propres au domaine de l'AHIL comme : la formation des professionnels aux problématiques de santé, le manque de moyens médicaux et médico-sociaux dans les dispositifs d'hébergement et de logement accompagné. Le développement et le renforcement de projets associés avec les ARS sont plébiscités tel que les Équipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) ou Lits Halte Soins Santé Mobile (LHSS mobile).

Les participants s'accordent sur le fait que les résultats produits par la surveillance du CMDR suscitent de nouveaux questionnements de recherche comme par exemple l'effet de la trajectoire sociale des personnes à la rue dans cette mortalité précoce.

La question portant sur l'utilisation des données de la surveillance de la mortalité dans l'argumentation en vue d'une demande de budget n'a pu être évaluée. Soit les participants exercent dans une administration, soit la subvention allouée à la structure est standard, soit ils n'exercent pas à des fonctions en lien avec les demandes de financement.

La majorité des participants met en exergue la reconnaissance du CMDR sur la problématique de la mortalité des personnes sans domicile dans le milieu : *« source d'informations fiable et reconnue », « reconnaissance nationale », « indispensable », « ce sont les seuls »*. Certains mettent en évidence le faible référencement dans la littérature scientifique du CMDR.

La surveillance du CMDR conduit à des collaborations et des échanges notamment via des groupes de discussion ou des instances autour de la thématique du décès et auprès des acteurs (professionnels et bénévoles) qui accompagnent les personnes sans domicile. Toutefois des collaborations à un niveau plus macro sont peu fréquentes. Le CMDR devrait également initier des actions d'aller vers plus régulières pour communiquer auprès des différents acteurs impliqués au niveau national, régional et départemental et local.

Les participants n'utilisant pas de données de mortalité et ne connaissant que le CMDR (indépendamment du rapport D&D) ont également été invités à préciser leur avis. Pour eux, l'utilité du CMDR, en tant qu'association, repose sur le rôle de plaider, de faire *« émerger une question sociale cruciale »*, en *« rendant visible la question des personnes sans-abris »* au moyen *« d'une observation qui n'est pas effectuée par ailleurs »*. Celle-ci permettant de *« fournir des données auprès des pouvoirs publics pour en orienter l'action »*. Le CMDR assure également *« un outillage des professionnels pour faire face aux décès »* et apporte *« un soutien aux vivants (professionnels, amis, famille de la personne décédée) »*.

Pierre, 56 ans

Au décès de sa mère, Pierre s'était retrouvé à la rue et avait été durablement perturbé par cet événement. Il avait vécu plus de 10 ans en errance avec des passages en centre d'hébergement d'urgence ou parfois hébergé chez des tiers. Pierre était bien connu des acteurs locaux, il avait ses habitudes. Souvent très volontaire, il donnait facilement un coup de main pour distribuer la soupe. Il avait plusieurs amis de la rue à qui il rendait visite. Certains étaient hébergés, d'autres avaient eu accès à un logement. Pierre lui, n'était pas demandeur.

Perspectives

Parmi les éléments qui nécessiterait d'être approfondis ou qui sont actuellement manquants dans la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile, les participants préconisent le développement et le renforcement de données portant sur :

- Les conditions d'habitat en rue (tentes, abri, ...) ;
- Le milieu social d'origine ;
- Les données administratives, sociales, familiales et relatives au travail ;
- Les causes de décès précises qui restent encore trop fréquemment non définies ;
- L'accès aux soins (hôpital, médecine de ville, PMI , ...), l'état de santé, la consommation de soins, le suivi médical, la disponibilité de l'offre de soins pour les personnes sans domicile.

Il est également souhaité l'amélioration de l'exhaustivité du recensement des décès et la production de données plus détaillées à l'échelon régionale.

Un intérêt est exprimé quant à l'exploration de la thématique de la mortalité des personnes sans domicile après accès à un logement (« *réalité ou légende ?* »).

Les axes d'amélioration préconisés par les participants pour améliorer le recueil et, *in fine*, le dispositif de surveillance du CMDR, sont multiples :

- Le renforcement du réseau du CMDR afin d'en améliorer la connaissance par les acteurs de l'AHIL, des structures sanitaires et médico-sociales. Cette orientation pourrait s'appuyer sur les têtes de réseau et se décliner par échelon territorial (national, régional, départemental, à adapter en fonction des territoires). Des actions spécifiques de sensibilisation à l'importance de la remontée d'informations pourraient être organisées, combinées à des actions d'échanges et de collaboration autour des résultats obtenus.
- Le développement de collaborations et de partages de données avec les SIAO qui sont les acteurs clés à l'échelon départemental, tant via leur réseau de partenaires que dans leur composante de producteurs de données notamment sur les données administratives, sociales, familiales, le travail et le parcours résidentiel.
- Un travail de rapprochement avec les établissements hospitaliers pourrait être mené afin de faciliter le signalement de décès de personnes sans domicile. Des pistes de recherche pourraient également être développées comme les recherches effectuées par Médecins du Monde avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille explorant notamment l'état de santé, l'accès aux soins.
- Le développement de collaboration avec les Instituts Médico-Légaux qui permettraient de recueillir plus précisément les causes de décès notamment violentes.
- La reconnaissance officielle de l'intérêt public de la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile. Pour cela, une évaluation pourrait être menée quant à l'évolution du dispositif vers un modèle de type registre national de la mortalité des personnes sans domicile comme il peut en exister pour les cancers, la mucoviscidose.
- Le caractère obligatoire des signalements des décès est questionné. La DIHAL, en tant qu'acteur central du domaine de l'AHIL-L pourrait demander une obligation de déclaration du secteur auprès du CMDR. La DIHAL et les ARS pourraient demander à tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, et aux SIAO de systématiquement informer via un outil
- Enfin la diffusion des données de la surveillance pourrait être améliorée, notamment en développant l'open data et favorisant les collaborations entre experts sur le sujet.

Éclairage complémentaire : les enquêtes COLTS et BECOL

L'utilité de la surveillance de la mortalité a également été interrogée auprès des travailleurs sociaux participant à l'enquête D&D et auprès des enquêteurs bénévoles du projet.

Les résultats de ces entretiens qualitatifs sont présentés dans le chapitre 3 du rapport D&D. Plus précisément, l'utilité est abordée dans la partie 4 - Perception de l'utilité (page 191).

Qualités intrinsèques du système

Simplicité

La surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi repose sur différentes sources d'information avec une forte centralisation de l'information au niveau du CMDR qui traite l'ensemble des signaux via les enquêtes CAS et PARCOURS (cf. Figure 29).

Les acteurs des dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI), principalement associatifs, sont très nombreux, cela implique efforts conséquents de sensibilisation par le CMDR afin d'obtenir des remontées d'informations sur l'ensemble du territoire français, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. De plus, il est constaté une forte mobilité en termes de ressources humaines avec un turn-over important parmi les travailleurs sociaux, cela nécessite une animation régulière du réseau afin d'entretenir les liens et collaborations.

La constitution d'un réseau de partenaires solide et fiable permettant tant le signalement des décès que leur participation aux enquêtes CAS et PARCOURS est un axe de développement fondamental. A ce jour, la base de données du CMDR n'est pas adaptée pour enregistrer de manière standardisée (nom, type de structure, coordonnées) les acteurs sources de signalement. Elle ne l'est pas non plus pour identifier et enregistrer les acteurs (« Contact ») ayant contribué à l'enquête. Certaines pistes ont été testées (répertoire numérique avec visualisation sur une carte numérique, répertoire papier) sans que l'outil optimal soit identifié.

Pour autant, le dispositif de surveillance est relativement simple dans sa forme actuelle pour les procédures de signalements. Plusieurs modalités sont proposées aux acteurs : une fiche de signalement au format pdf, une fiche à saisir directement en ligne, un appel téléphonique direct au CMDR, un mail, un message privé sur les différents réseaux sociaux (Twitter®, Facebook®, LinkedIn®, Instagram®). Ces outils ont été évalués dans l'enquête COLAX présentée dans la partie Acceptabilité.

Les étapes les plus délicates du dispositif se déroulent au sein même du CMDR dans le traitement du signal. C'est à ce niveau que la simplicité du système est moindre. En effet, si la définition de cas est précise, la classification des situations n'est pas toujours évidente malgré l'information disponible et les enquêtes réalisées, 27% des cas ont été classés en « probablement sans chez soi » sur la période 2012-2021, 36% pour la seule année 2021. Cette proportion élevée de cas pour lesquels la situation vis à vis du logement n'a pu être précisée est un témoin des difficultés du système. Celles-ci résultent :

- de la définition de cas utilisée : la période de temps retenue dans la définition porte sur les 3 derniers mois de vie et implique d'être explorée par les équipes du CMDR pour classer les cas.
- du réseau de surveillance : l'existence de contacts et de sources disponibles est nécessaire afin de permettre le recueil d'informations complémentaires sur la situation de ces personnes décédées. Certaines régions sont très dotées, avec un maillage dense des acteurs AHI-L ce qui facilite la possibilité de retrouver ceux ayant côtoyé la personne décédée. Dans d'autres zones, la densité d'acteurs est plus faible, il est alors parfois plus difficile de retrouver un contact. On ajoutera qu'une fois le contact identifié, il faut souvent répéter les appels pour convenir d'un rendez-vous téléphonique afin de réaliser l'entretien de recueil.
- de la situation spécifique de la personne décédée : avait-elle recours aux dispositifs de veille sociale ou d'hébergement ? Avait-elle déjà appelé le 115 ? Autrement dit, était-elle connue des acteurs ? A-t-elle pu être un minimum suivie sur cette période des 3 mois (passage au moins ponctuel des maraudes, venue en Accueil de jour,...) ? Avait-elle pu décrire son parcours avec un.e travailleur.se social.e ?
- de la période de signalement : un certain nombre de signaux parvient au CMDR en fin d'année (cf. Réactivité), voire l'année suivant celle du décès. Cette situation conduit à une très forte mobilisation des équipes du CMDR sur la période de décembre à mars pour traiter l'ensemble des données, ce qui est très court.

Si le rapport commandité par l'ONPES (1) préconisait d'ajouter un échelon départemental à la surveillance réalisée par le CMDR, celui-ci comme il a pu être dit plus haut n'a pu être mis en œuvre. En revanche, les équipes du CMDR sont organisées à l'échelon régional avec l'existence de référents régionaux parmi les enquêteurs. Ceci vise à entretenir et pérenniser les liens avec les différentes sources et ainsi faciliter le recueil d'informations.

Le secteur AHI est assez complexe avec une multitude d'acteurs et de dispositifs nécessaires à identifier. Comme retrouvé lors de réunion de débriefing avec les équipes du CMDR, il n'est pas toujours aisé pour les enquêteurs de s'approprier ces différents éléments.

L'usage de la définition de cas présente ainsi certaines particularités. Dans le cas de figure de décès survenus en institution (prisons, lieux de soins), il est d'usage d'explorer la situation antérieure pour définir la situation vis à vis du logement. Le cas d'une personne décédée dans un lieu de soins et hospitalisée un 1 mois avant son décès, sera classé en fonction de la situation vis à vis de la rue au cours des 3 mois précédant l'hospitalisation (excepté pour les LHSS⁵⁴), soit les 4 derniers mois de vie. De plus la définition de cas utilisée n'aborde pas la question de l'habitat indigne, de l'habitat insalubre ni celle de l'habitat traditionnel. Jusqu'à présent, les personnes décédées alors qu'elles étaient dans des bidonvilles ou des squats sans accès à des équipements de base (eau, électricité) sont considérées comme en situation de rue. Les personnes qui avaient accès à ces équipements mais en occupant illégalement les lieux sont considérées comme « Hébergé ». Si cette catégorisation est possible en métropole, dans certains départements d'outremer comme la Guyane et Mayotte où la population est particulièrement pauvre (90% des Mahorais vivent en dessous du seuil de pauvreté français) et où les logements sont sous-équipés (73% du parc de logements à Mayotte sont dépourvus d'au moins un des éléments suivants : eau courante, WC, bain ou douche, installation électrique), les définitions de cas utilisées ne sont pas adaptées (18).

Les champs explorés lors de l'investigation des cas sont très nombreux. Pour chaque cas signalé, l'enquête PARCOURS va explorer les domaines administratifs, familiaux, résidentiels, sanitaires, sociaux. Cela conduit à un outil de recueil très dense et comportant près de 300 variables. Comme cela est exploré dans le chapitre Qualité des données, l'enquête présente de très nombreuses données incomplètes. De fait, certains champs de l'enquête sont sous-investis (cf. Chapitre 3, Partie 2, Les Freins au recueil de données et l'adaptation des pratiques, page 186). La saisie de certaines informations est parfois rendue complexe par la disponibilité de l'information et le codage utilisé par l'enquête. Le parcours résidentiel des personnes est un bon exemple des difficultés rencontrées. Le questionnaire offre la possibilité de décrire ce parcours en renseignant les 10 derniers lieux de vie connus (rue, centre d'hébergement, hébergement chez un tiers, ...). La classification de ces lieux compte plus d'une centaine de références ce qui, d'une part, est bien trop précis au regard de la variabilité de la précision de l'information recueillie et, d'autre part, source d'erreur dans le codage. A cela s'ajoute le fait que pour certains dossiers, l'information pourra être recueillie pour chaque lieu depuis la perte du logement, alors que pour d'autres, seuls, les 6 derniers mois de vie pourront être décrits, par exemple. Le temps passé dans chacun des lieux (en nombre de jours) étant variable d'un dossier à l'autre, ne permet pas un codage standardisé et l'exploitation statistique en est limitée.

Ces constats pointent la nécessité pour l'équipe D&D de renforcer ses efforts de sensibilisation et de communication auprès des différents acteurs impliqués dans le domaine de l'AHI-L ou auprès des structures sanitaires et médico-sociales. De plus, il est fondamental d'adapter ou de créer les outils permettant une identification et un enregistrement standardisés des sources de signalement. Il est souhaitable d'intégrer également à l'enquête une variable permettant d'apprécier la contribution de chaque contact au recueil de données. Le développement en étroite collaboration avec les enquêteurs D&D, d'un outil référençant les différents acteurs existant sur un territoire donné (type de structure, public cible, coordonnées) mentionnant également leur contribution ou non à la surveillance du CMDR (existence d'une convention de collaboration) par horodatage (enregistrement à minima de la date du dernier contact avec la structure) et permettant des mises à jour régulières serait d'un apport majeur. Enfin, un travail de réflexion et de simplification des domaines investigués et des variables recueillies dans l'enquête PARCOURS est nécessaire.

⁵⁴ Pour les dispositifs de soins résidentiels spécifiques comme les LHSS, LAM, ACT, le temps passé dans l'une ou l'autre de ces structures est considéré comme du temps en situation d'hébergement.

Les enquêteurs de l'équipe D&D, tous bénévoles, constituent la pierre angulaire du système de surveillance. Leur formation et leur présence régulière sont donc fondamentales. Cela met aussi à jour la fragilité du système lorsque des renouvellements ont lieu au sein des bénévoles comme en septembre 2019 ou avec la crise sanitaire relative au Covid-19.

Flexibilité

La capacité d'adaptation du système à des changements peut être considérée comme élevée du fait de la forte concentration des activités de gestion et traitement de l'information en interne. La fiche de signalement mise à disposition des différentes sources d'information ne nécessite pas d'être complétée de manière exhaustive (même si cela facilite grandement le traitement de l'information). La classification des cas étant centralisée au niveau du CMDR, tout signalement est retraité systématiquement. Un signal plus discret (moins riche en informations) peut donc être traité par les équipes du CMDR. Cette organisation limite ainsi le nombre d'acteurs à sensibiliser et à former lors de modification du recueil d'informations (modification de la définition de cas, ajout de nouvelles variables, ...) et facilite l'intégration de nouvelles sources d'information.

Réactivité

Le délai médian entre la survenue du décès et la réception du signal par le CMDR est de 22 jours sur la période 2012-2021 avec parfois des signalements tardifs plusieurs années après le décès (plus de 8 ans pour le signalement le plus tardif). Ces délais se sont raccourcis au cours des trois dernières années (Tableau 16). En 2021 par exemple, le délai moyen n'était plus que de 46 jours et de 12 jours pour le délai médian.

Tableau 16 - Délai (jours) entre le décès et le signalement au CMDR entre 2019 et 2021 (moyenne, médiane, valeurs minimales et maximales, premier et troisième quartile)

	Moyenne	Médiane	Min	Max	p25	p75
2019	105	28	0	858	3	140
2020	79	18	0	676	3	94
2021	46	12	0	510	2	55

La réactivité n'étant pas toutefois une qualité visée par la surveillance du CMDR, ces délais pourraient être considérés comme acceptables. Mais il peut être constaté (Figure 37) qu'un nombre élevé de signalements sont reçus, chaque année, entre le mois de novembre de l'année N et le mois de mars de l'année N+1, ce qui était déjà observé dans les rapports D&D publiés en 2016 (19) et en 2020 (20). Cette période constitue donc un moment critique pour les équipes du CMDR qui se retrouvent contraintes de traiter un nombre de dossiers élevés dans un laps de temps limité. En effet, la période de traitement, notamment pour les enquêtes PARCOURS se termine généralement à la fin du mois de mars pour qu'à compter du mois d'avril, les équipes D&D débutent le travail sur les décès survenus l'année en cours.

Aude, 27 ans

Aude a eu un parcours très difficile. Enfant, elle a été placée à l'ASE à cause de violences familiales. A sa majorité, la prise en charge s'est interrompue et Aude s'est retrouvée à la rue.

Alternant la rue, les squats, les structures d'hébergement, elle est connue et accompagnée par différents acteurs associatifs. Elle débute ainsi un suivi dans une structure de type CAARUD pour mettre fin à une addiction. Elle rencontre un compagnon dont elle aura un enfant. Mais il est violent. Le nourrisson est placé et Aude continuera à lui rendre visite régulièrement. Mais cette épreuve ravive ses démons. Son corps sera découvert inerte dans un squat.

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

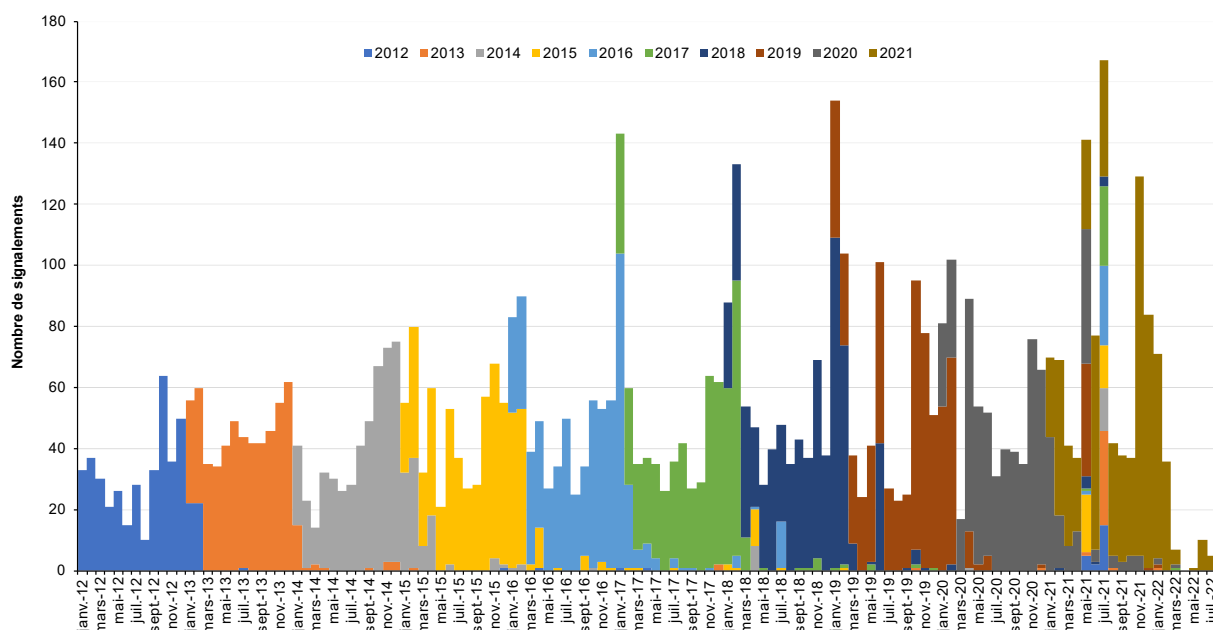


Figure 37 - Distribution des signalements selon le mois de l'année et par groupe annuel de décès (2012 à 2021)

Pour répondre à une limite constatée dans le rapport de 2020 (20), il a été ajouté à la base de données de nouveaux indicateurs permettant de décrire la durée de traitement des dossiers par l'équipe D&D. Ces valeurs sont exploitables pour un nombre limité de dossiers. Elles ont pu être recueillies pour les cas de décès survenus en 2021 et signalés au CMDR entre 2021 et 2022, pour lesquels les indicateurs avaient été renseignés (Figure 38).

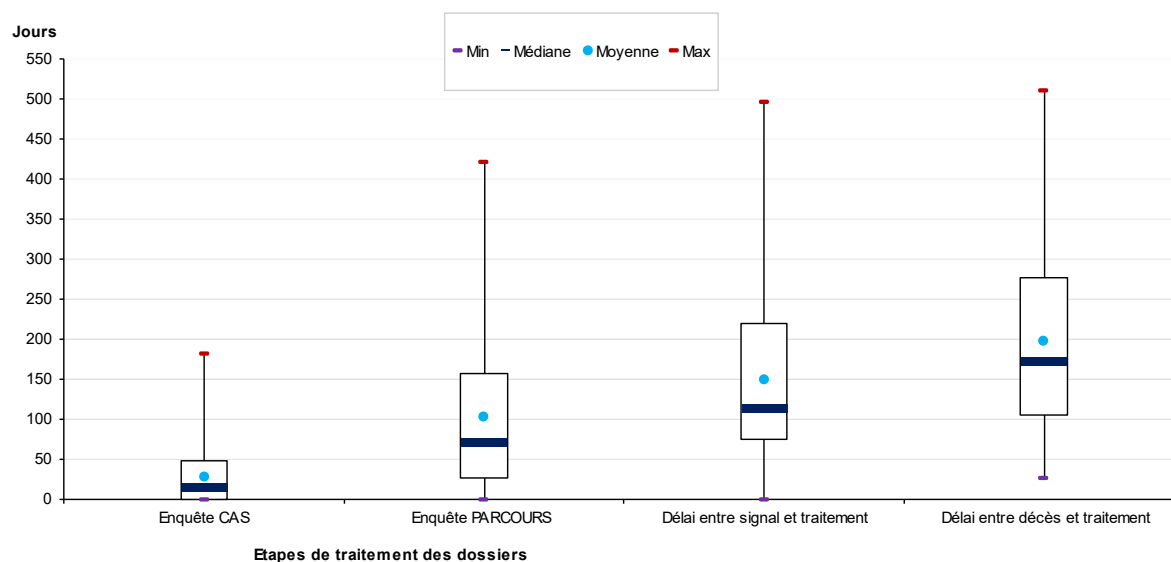


Figure 38 - Distribution du délai moyen de traitement entre les enquête CAS et PARCOURS, entre le signalement et le décès, pour les décès survenus 2021

Le délai moyen de traitement des dossiers au cours de l'enquête CAS⁵⁵ est de 28 jours (la médiane de 15 jours). Il s'agit d'une étape relativement rapide. L'enquête PARCOURS concentre le temps de traitement le plus long. En moyenne, il faut compter 102 jours, soit près de 3 mois ½ pour traiter un dossier, tout en sachant que 75% des dossiers sont traités généralement en un peu plus de 5 mois.

⁵⁵ Vérification critères d'inclusion dans l'enquête D&D + recherche éléments d'identité

Il est donc malheureusement attendu que les dossiers de l'année N signalés tardivement n'aient pas la même qualité de traitement que les dossiers signalés plutôt dans l'année. C'est ce qui est mis en évidence par la Figure 39. Il est ainsi observé que le délai moyen de traitement pour l'enquête PARCOURS est de 220 jours pour les décès survenus en 2021 et signalés en janvier. Ce délai baisse très légèrement au cours du 1^{er} semestre avant d'être réduit drastiquement sur la 2^{de} partie de l'année. Ainsi, les décès de 2021, signalés en novembre 2021, ne présentent plus qu'un délai moyen de traitement de 58 jours, alors même que c'est le mois où les signalements ont été les plus nombreux (n=124).

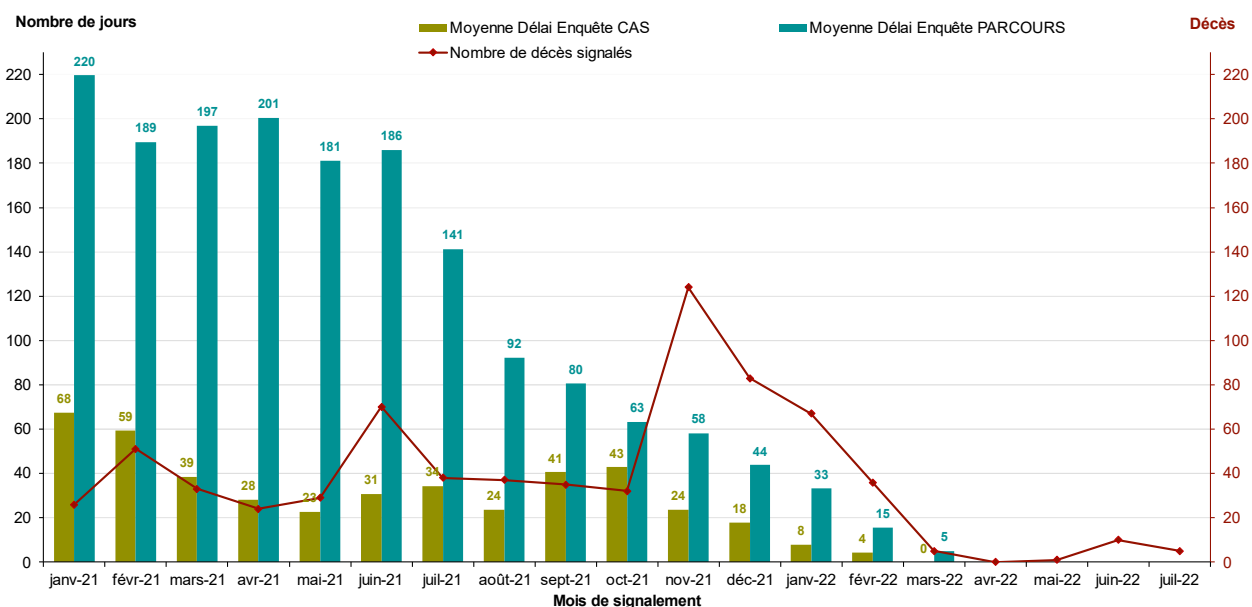


Figure 39 - Délai moyen de traitement des enquêtes CAS et PARCOURS et nombre de décès de 2021 selon le mois de signalement

Lire : en novembre 2021, un peu plus de 120 décès survenus en 2021 ont été signalés au CMDR. Les durées moyennes de traitement pour les enquêtes CAS et PARCOURS étaient respectivement de 24 et 58 jours.

La période de novembre à mars est donc la séquence la plus critique pour le dispositif de surveillance avec une hausse des signalements indépendante de la date effective du décès et une compression du temps de traitement.

Ces constatations peuvent expliquer, en partie, le poids des données manquantes sur les variables retraçant le parcours de vie des personnes sans chez soi décédées.

Un signalement plus régulier des décès tout au long de l'année pourrait permettre une répartition plus équilibrée du travail des équipes tout au long de l'année et limiter les moments de tension du système.

Qualité des données

L'analyse de la qualité des données a porté sur la quantité de données manquantes, leurs caractéristiques, et leur recueil. Cette analyse repose en partie sur la méthodologie proposée par V. Héraud Bousquet (21). Elle vise à identifier la typologie des données manquantes, à en décrire le motif et le mécanisme.

Dans un premier temps, elle a donc consisté à quantifier le nombre de variables incomplètes ainsi que la proportion de données manquantes de chaque variable.

Au 8 août 2022, la base de données sécurisée du CMDR, comporte 13 913 entrées et plus de trois cents variables. Après retraitement (Figure 40), 3 jeux de données sont obtenus :

- La base Sans Chez Soi (SCS) qui compte 5 508 dossiers de personnes décédées, entre 2012 et 2021, et ayant dormi principalement, au cours des trois derniers mois précédents le décès, dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou dans une structure d'hébergement ;
- La base Ancien Sans Chez Soi (A-SCS) qui contient 818 dossiers de personnes ayant été à un moment de la vie dans une situation de « sans chez soi » mais qui, au moment du décès, dormait

principalement au cours des trois derniers mois de vie dans un logement personnel (parc social ou privé) ou dans un logement accompagné (maisons relais, pensions de famille, etc...) ;

- La base Récemment Sans Chez Soi (R-SCS) qui comporte 24 dossiers de personnes décédées et ayant perdu un logement six semaines avant le décès.

Les analyses suivantes sont menées sur la base SCS (n=5 508).

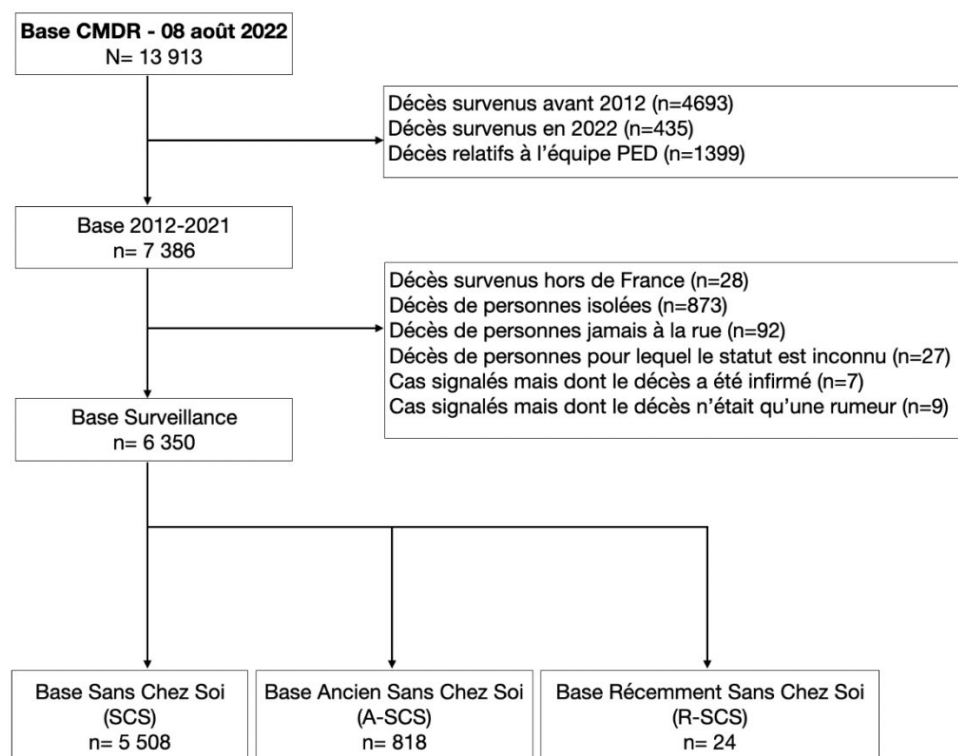


Figure 40 - Flowchart base CMDR 2012-2021

Examen quantitatif

Il est procédé à une sélection de 55 variables sur les 320 que comporte la base du CMDR, celles les plus fréquemment utilisées dans les rapports D&D.

Les résultats présentés dans le tableau 17 mettent en évidence le poids des données manquantes.

Si les variables relatives à l'identité et au décès sont relativement bien renseignés (de 2 à 15% de données manquantes à l'exception des causes de décès), celles concernant la situation administrative, l'enfance et la famille, les ruptures, la santé, les liens sociaux et le parcours résidentiel comptent plus de 50% de données manquantes. Ce faisant, il n'y a aucun dossier complètement renseigné pour ces 55 variables. Près de 50% des dossiers de la base données comportent entre 37 et 38 variables manquantes (sur 55). Sur les 5 508 dossiers de la base SCS, un peu moins de la moitié comprennent entre 2 et 37 variables manquantes, quand les 50% restant en comptent entre 38 et 52.

Si la comparaison des jeux de données du 27 juin 2020 et du 8 août 2022 témoigne de variations négligeables de la complétude (+/- 1%), certaines variables présentent une baisse plus conséquente. Il s'agit de celles relatives à l'identité (date de naissance, commune et pays d'origine) qui présentent une diminution de l'ordre de 10 à 15%. Ceci résulte du travail de mise à jour de la base de données mené depuis 2020 et notamment via le site MatchID qui permet de mener des recherches via le fichier de décès publié par l'INSEE.

A noter que la variable « hospitalisation au moment du décès » présente quant à elle une augmentation de 20% de données manquantes. Cette variation résulte d'un traitement statistique différent entre les deux jeux de données⁵⁶.

Tableau 17 - Description des 55 variables de la base SCS et comparaison entre 2020 et 2022

Variables	Type	Proportion de données manquantes		Variation
		Données 2012-2019 27 juin 2020	Données 2012-2021 8 août 2022	
Statut				
Situation vis à vis du logement	catégorielle	0%	0%	0%
Données relatives à l'identité				
Sexe	catégorielle	1%	2%	1%
Date de naissance	numérique	25%	15%	-10%
Commune de naissance	numérique	28%	13%	-15%
Pays de naissance	texte	25%	13%	-12%
Âge	numérique	11%	9%	-2%
Catégorie d'âge	catégorielle	7%	7%	0%
Données relatives au décès				
Date de décès	numérique	10%	5%	-5%
Commune de décès	numérique	2%	1%	-1%
Région de décès	catégorielle	<1%	<1%	0%
Lieu du décès	catégorielle	14%	12%	-2%
Causes de décès	catégorielle	53%	55%	2%
Type source de signalement (1ère source)	catégorielle	<1%	<1%	0%
Données relatives à la situation administrative et au suivi social				
Situation administrative	catégorielle	73%	70%	-3%
Avoir une domiciliation	catégorielle	65%	62%	-3%
Type de suivi social	catégorielle	67%	67%	0%
Type de démarches initiées	catégorielle	77%	77%	0%
Type de protection juridique	catégorielle	83%	82%	-1%
Type de couverture santé	catégorielle	78%	78%	-1%
Type d'études	catégorielle	92%	93%	1%
Type de travail	catégorielle	69%	70%	1%
Type de revenu	catégorielle	72%	71%	-1%
Données relatives à l'enfance et la famille				
Education (qui a élevé la personne?)	catégorielle	90%	89%	-1%
Avoir été placé durant l'enfance	binaires	91%	88%	-3%
Avoir des frères et sœurs	binaires	80%	80%	0%
Avoir des enfants	binaires	71%	70%	-1%
Communication avec la famille au cours de la dernière année	catégorielle	78%	77%	-1%
Données aux ruptures				
Type de ruptures survenues au cours de la vie	catégorielle	57%	52%	-5%
Type d'événements ayant conduit à la rue	catégorielle	85%	85%	-1%
Données relatives à la santé				
Existence d'un suivi médical	binaires	87%	85%	-3%
Existence de troubles psychologiques	binaires	73%	74%	1%
Avoir bénéficié d'une consultation psychologique	binaires	93%	92%	-1%
Avoir bénéficié d'un traitement psychologique	binaires	95%	94%	-1%
Existence d'une addiction	catégorielle	61%	62%	1%
Existence d'une addiction à l'alcool	catégorielle	68%	69%	1%
Existence d'une addiction au tabac	catégorielle	83%	84%	1%
Existence d'une addiction à des médicaments	catégorielle	90%	89%	-1%
Existence d'une addiction à des substances illicites	catégorielle	83%	82%	-1%
Avoir été hospitalisé au moment du décès	binaires	21%	40%	20%
Avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois	binaires	82%	83%	moins de 1%
Temps entre la dernière hospitalisation et le décès	catégorielle	96%	96%	0%
Nombre d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois	numérique	92%	91%	-1%
Durée d'hospitalisation totale au cours des 12 derniers mois	catégorielle	93%	94%	moins de 1%
Nombre d'admission aux urgences au cours des 12 derniers mois	numérique	97%	97%	0%
Données relatives aux liens sociaux				
Avoir des liens sociaux	catégorielle	74%	70%	-3%
Type de mode de vie	catégorielle	71%	67%	-4%
Avoir un animal	binaires	86%	85%	-1%
Données relatives au parcours résidentiel				
Fréquentation des accueils de jour au cours de la dernière année	catégorielle	77%	77%	1%
Fréquentation des hébergements d'urgence au cours de la dernière année	catégorielle	75%	76%	1%
Temps d'errance en situation de rue, vie entière	catégorielle	63%	66%	3%
Temps d'hébergement, vie entière	catégorielle	77%	79%	2%
Type de lieu de vie (dernier lieu de vie)	catégorielle	34%	32%	-2%
Durée en jour du dernier lieu d'habitation	numérique	73%	72%	-1%
Type de lieu de vie (avant dernier lieu de vie)	catégorielle	65%	62%	-3%
Durée en jour de l'avant dernier lieu d'habitation	numérique	83%	81%	-1%

Légende:		Réduction de plus de 5% des données manquantes
		Réduction de moins de 5% des données manquantes
		Pas d'évolution
		Augmentation de moins de 5% des données manquantes
		Augmentation de plus de 5% des données manquantes

⁵⁶ Sur le jeu de données du 27 juin 2020, un traitement correctif était utilisé pour cette variable. Tous les décès survenus à l'hôpital étaient retraités comme « hospitalisé au moment du décès ». Ce traitement n'a pas été réemployé sur le jeu de 2022.

L'élaboration d'une base de données réduite à des variables comprenant un maximum de 35% (21) et certaines variables d'intérêt (type de décès, accès à l'acte de décès, existence de ruptures, cause de décès, existence d'informations sur l'état de santé, statut matrimonial, avant dernier lieu d'habitation, domiciliation) est menée afin de réaliser un examen plus qualitatif. Le tableau 18 présente les variables retenues. 4 variables d'intérêt ont été incluses et ne présentent aucune donnée manquante. Les variables restantes en comportent entre 1 et 62%. La distribution des données manquantes entre les différentes combinaisons possibles de variables est de même ordre (inférieur à 3%). La structure des données manquantes est donc arbitraire. Une analyse cas-complet induirait une perte d'effectif importante. Elle ne porterait que sur 239 des 5 508 personnes sans chez soi recensées, soit 4% des observations.

Tableau 18 - Examen du motif des données manquantes retenues pour l'analyse univariée

Variables	Données manquantes	Proportion
1 - Situation de rue	0	0%
2 - Date signalement décès	0	0%
3 - Année du décès	0	0%
4 - Nombre de source de signalement	0	0%
5 - 1 ^{ère} source de signalement du décès	3	0%
6 - Région du décès	5	0%
7 - Département du décès	8	0%
8 - Commune du décès	70	1%
9 - Sexe	103	2%
10 - Mois du décès	148	3%
11 - Jour du décès	267	5%
12 - Délai entre décès et signal	267	5%
13 - Catégorie d'âge	367	7%
14 - Age	500	9%
15 - Lieu du décès	664	12%
16 - Pays de naissance	701	13%
17 - Identification	706	13%
18 - Année de naissance	724	13%
19 - Commune de naissance	733	13%
20 - Mois de naissance	803	15%
21 - Jour de naissance	804	15%
22 - Sens 1 ^{er} signalement (entrant/sortant)	834	15%
23 - Dernier lieu de vie	1757	32%
24 - Hospitalisation au moment du décès	2221	40%
25 - Type de décès	2418	44%
26 - Acte de décès	2872	52%
27 - Ruptures identifiées	2890	52%
28 - Cause du décès (hors SAI)	3050	55%
29 - Existence d'information sur état de santé	3364	61%
30 - Statut matrimonial	3385	61%
31 - Avant dernier lieu de vie	3391	62%
32 - Domiciliation	3410	62%
Effectif total	5508	

Jérôme, 42 ans

Jérôme avait 40 ans. Il avait quitté très tôt le domicile familial. En errance, il avait alors été hébergé chez un ami puis il en était venu à vivre à la rue en alternant avec des squats. Et puis sa santé avait commencé à se dégrader. Il a été pris en charge au sein d'un LHSS. A partir de ce moment, Jérôme a constamment été hébergé en alternance avec les structures de soins. Malgré cela, il ne quittait jamais son sourire. Jérôme s'est éteint un jour d'été.

Examen qualitatif

Pour étudier qualitativement les données manquantes, il faut procéder à un traitement préalable comportant 2 étapes.

Étape 1 : Création de variables indicatrices

Il faut créer des variables indicatrices dites « Mi ». Il s'agit de nouvelles variable binaires codant la présence (codée 0) ou l'absence d'information (codée 1) pour les variables existantes de la base restreinte retenue.

Exemple avec la variable « sexe ».

Dans la base de données, le détail de la variable sexe est le suivant :

- 4898 hommes
- 507 femmes
- 103 cas pour lequel l'information est manquante.

La création de la variable indicatrice (M9) de la variable « sexe » (variable n°9 du tableau 18) est codée en 0 si la variable « sexe » comporte une information (masculin ou féminin) et en 1 si l'information est manquante.

Le résultat obtenu pour la variable M9 est le suivant :

- 5405 cas avec une information relative au sexe de la personne
- 103 cas sans information

Étape 2 : recherche d'un lien statistique entre variable indicatrice et l'ensemble des variables retenues

Chaque variable indicatrice (Mi) est croisée avec une variable à expliquer (il s'agit des 4 premières variables du tableau 18⁵⁷) et avec chacune des variables d'exposition de la base restreinte (variables n°5 à 32 du tableau 18).

Le lien statistique recherché est un test du Chi2 ou un test exact de Fisher significatif ($p < 0,05$) pour les variables binaires ou catégorielles, et un test t de student ou un test non paramétrique de Mann-Whitney significatif ($p < 0,05$) pour les variables continues.

Les résultats obtenus après ces 2 première étapes sont présentés dans le tableau 19.

Ils excluent un mécanisme de type MCAR⁵⁸ (Missing Completely At Random) puisque des liens existent entre les variables indicatrices (Mi) et les autres : chaque variable indicatrice (M5 à M32) présente au moins un lien statistiquement significatif avec au moins une variable à expliquer (les 4 premières variables du tableau 18) ou au moins une variable d'exposition (variables n° 5 à 32).

Cette analyse permet d'identifier un mécanisme de type MAR⁵⁹ (ME) pour la totalité des variables signifiant que le mécanisme de données manquantes dépend à la fois des variables à expliquer et des variables d'exposition : les variables indicatrices Mi présentent un lien statistique avec au moins une variable à expliquer et au moins une variable d'exposition.

D'autre part, un mécanisme de type MNAR⁶⁰ ne peut être exclu étant donné que beaucoup des variables indicatrices sont liées à des variables incomplètes.

Il est donc tout à fait possible que le mécanisme de données manquantes dépende des valeurs non-observées parmi ces variables.

De fait, une analyse cas-complet, c'est à dire une analyse qui n'inclurait que les dossiers ne présentant aucune donnée manquante, serait biaisée.

⁵⁷ Variable xCepiDc, variable 1-Situation de rue, variable 2-Date signalement décès, variable 3-Année du décès, variable 4-Nombre de sources de signalement

⁵⁸ Missing Completely At Random

⁵⁹ Missing At Random (MAR). ME (Maladie – Exposition)

⁶⁰ Missing Not At Random

Tableau 19 - Analyse univariée des variables indicatrices de données manquantes

Variables et indicatrices	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26	M27	M28	M29	M30	M31	M32
1 - Situation de rue	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 - Date signalement décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3 - Année du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4 - Nombre de source de signalement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 - 1 ^{ère} source de signalement du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6 - Région du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7 - Département du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8 - Commune du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9 - Sexe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10 - Mois du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11 - Jour du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12 - Délai entre décès et signal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13 - Catégorie d'âge	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14 - Âge	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15 - Lieu du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16 - Pays de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17 - Identification	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18 - Année de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19 - Commune de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20 - Mois de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21 - Jour de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22 - Sens 1 ^{er} signalement (entrant/sortant)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23 - Dernier lieu de vie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24 - Hospitalisation au moment du décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25 - Type de décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26 - Acte de décès	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27 - Ruptures identifiées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28 - Cause du décès (hors SAI)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
29 - Existence d'information sur état de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30 - Statut matrimonial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31 - Avant dernier lieu de vie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32 - Domiciliation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Mécanisme

La zone en gris décrit les croisements entre les indicatrices de données manquantes et les variables à expliquer, et les zones en gris foncé les interactions entre chaque variable d'exposition et son indicatrice de données manquantes.

X représente une liaison significative entre les variables définies comme un test de chi2 significatif (p<0,05) ou un test non paramétrique de Mann-Whitney (p<0,05)

Mécanisme de couplage : couplet - triplé de type (MAR,MC)

Ces résultats poussent à s'interroger sur l'étendue des champs investigués par la surveillance de la mortalité. Le poids des données manquantes s'explique aussi par un certain nombre d'écueils existant aux différentes étapes de l'investigation :

- Enquête CAS
 - Réussir à identifier la personne décédée
 - Pouvoir confirmer l'inclusion dans la surveillance par l'existence d'une notion d'errance, de précarité, de vie à la rue
- Enquête PARCOURS

Les informations recueillies dépendent :

 - du niveau de recours de la personne décédée aux différents dispositifs d'aide;
 - de l'identification d'un.e travailleur.se social.e ayant connu/côtoyé la personne décédée ;
 - de son accord pour participer à l'enquête et partager ses données sur la personne ;
 - de la qualité de la relation et des informations partagées entre la personne décédée et le.a travailleur.se social.e (relation de confiance) ;
 - de la disponibilité du travailleur social pour réaliser l'entretien ;
 - du biais de mémorisation du travailleur social s'il n'y pas de traces écrites relative au parcours de la personne ;
 - du caractère sensible de certaines données comme les ruptures, les maladies, les conduites addictives, ce qui renvoi aux notions de secret professionnel et médical ;
 - de la difficulté de retracer une trajectoire « vie entière » comme le parcours résidentiel (de la perte de logement jusqu'au dernier lieu de vie connue) par une description précise des lieux et des durées sauf si cela est enregistré comme dans le SI-SIAO ;
 - de la qualité de la mesure de l'information de certaines variables (les causes de décès par exemple qui ne mentionnent pas la cause officiellement reconnue, les pathologies qui reposent souvent sur des déclarations de tiers et non sur un diagnostic médical)
 - de la redondance de certains éléments qui morcellent l'information : un exemple avec les variables « statut marital », « mode de vie » (vivre seul, en couple, en famille, en groupe) et « en couple au moment du décès »)
 - du fait que des critères de clôture ont été mis en place afin de réduire le temps de traitement des dossiers. Ces critères portant sur les variables d'identité et de décès, ils peuvent induire un biais de priorisation expliquant la moindre proportion de données manquantes sur ces composantes.

A ce jour, l'investigation réalisée par le CMDR présente un large champ de domaines d'intérêt. Elle est très similaire au contenu des questionnaires utilisés lors des enquêtes Sans Domicile menées par l'INSEE. Cependant, si cet objectif est louable dans le but de caractériser au mieux les personnes décédées par rapport à la population sans domicile vivante décrite par l'INSEE, il nécessite des moyens dont le CMDR ne dispose pas, pour mener ces enquêtes de manière systématique. Les conclusions du rapport du cabinet CEMKA (1) sur les bases de données de mortalité des personnes sans domicile recommandaient l'utilisation d'un nombre plus limité de variables.

C'est d'ailleurs l'option retenue dans le protocole de recherche entre le CMDR et l'INSERM-CépiDc, pour mener la stratégie d'appariement entre les bases de données respectives de chaque structure. Ce protocole doit permettre de reproduire les 2 études réalisées par C. Vuillermoz :

- L'estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France (9)
- La mortalité des personnes sans domicile en France, caractéristiques principales et causes de décès par rapport à la population générale (12)

Les variables retenues pour réaliser l'appariement sont :

- Date, commune et département naissance
- Date, commune et département de décès
- Sexe
- Age
- Lieu de décès

Afin d'améliorer la qualité de la base de données et des futurs résultats de cette recherche, les équipes du CMDR ont fourni, entre 2020 et aujourd'hui, un effort considérable de mise à jour. De plus, le CMDR a bénéficié de plusieurs signalements complémentaires conduisant à l'ajout de plus de 150 décès sur les années 2012 à 2019. Ces ajouts sont rendus visibles sur la figure 41 par la différence entre les courbes continues bleue (Nombre total de décès recensés à la date du 8 août 2022) et orangée (Nombre total de décès recensés à la date du 7 février 2020).

A cela, s'ajoute le travail de contrôle et de correction des données mené via des outils tels que MatchID⁶¹ et le fichier des personnes décédées de l'INSEE⁶². Cela se traduit par l'évolution du nombre de dossiers entièrement renseignés pour les 9 variables d'appariement avec l'INSERM-CépiDc représentée par la différence entre les courbes en pointillé bleue (nombre de cas complet au 8 août 2022) et orangée (nombre de cas complet au 7 février 2020).

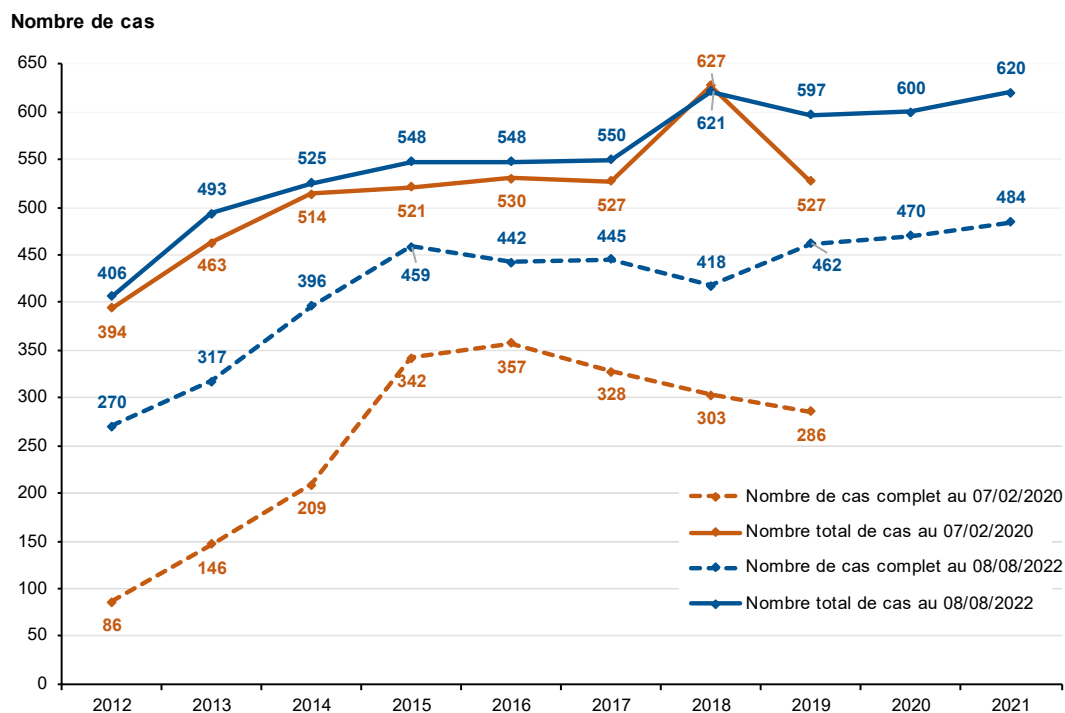


Figure 41 - Évolution du nombre de dossiers présentant l'ensemble des variables d'intérêt par rapport au nombre total de dossiers recensés chaque année et comparaison entre les situations de 2020 et 2022

Ainsi, 76% des dossiers présents dans la base de données actuellement sont entièrement renseignés pour les variables d'appariement contre seulement 50% début 2020. La figure 42 met en évidence les variables sur lesquelles les mises à jour ont eu le plus d'impact.

⁶¹ <https://deces.matchid.io/search>

⁶² <https://www.insee.fr/fr/information/4190491>

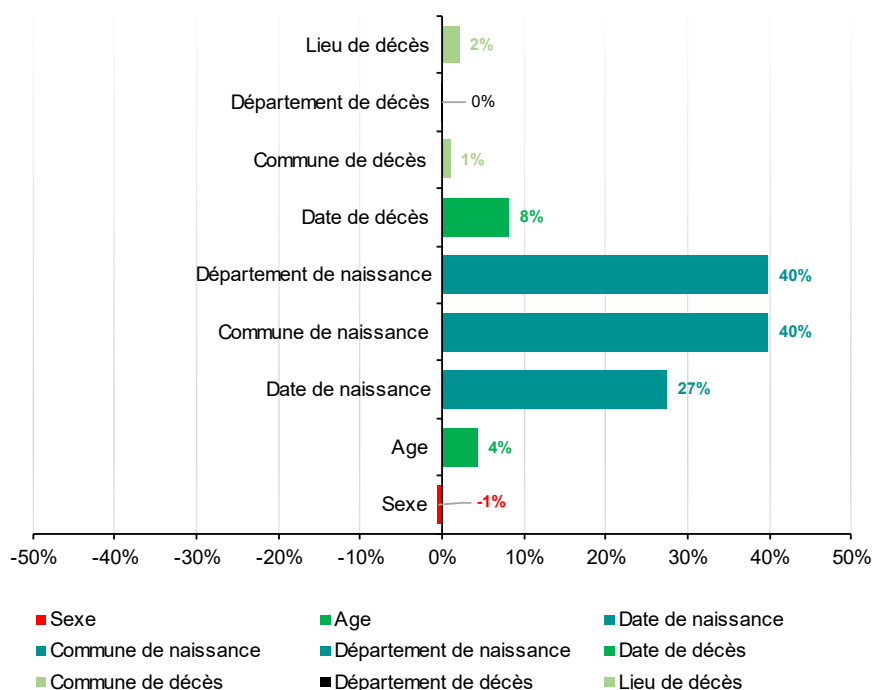


Figure 42 - Évolution de la qualité des données entre 2020 et 2022 selon les variables d'intérêt

Cela traduit d'une part qu'il est possible d'améliorer la qualité des données de la surveillance, tout du moins sur certaines variables clés, et d'autre part qu'il existe un intérêt à restreindre quelque peu le champ d'investigation afin de mobiliser les ressources disponibles de manière optimale.

Ces orientations pourraient contribuer :

- au renforcement du réseau de surveillance
- à la recherche active des décès
- au développement de collaboration facilitant l'identification des travailleurs sociaux clés et le partage de données

Un éclairage sur les pratiques de recueil de données, l'enquête COLCA

Afin d'appuyer la réflexion sur les données manquantes, le Groupe de Travail « Réseau » du Comité consultatif a mené un sondage auprès des associations membres du conseil d'administration du CMDR quant à leurs pratiques de collecte de données. Il s'agissait de renseigner en ligne un questionnaire dont le lien avait été envoyé par mail au préalable. Celui-ci explorait, pour une trentaine d'items, la fréquence à laquelle ils sont recueillis en routine auprès de leurs usagers ou bénéficiaires (cf. Annexe 2, Questionnaire COLCA).

Le sondage s'est déroulé du 9 au 29 juin 2021. La totalité des membres associatifs du conseil d'administration du CMDR a répondu et deux personnes d'une même association ont participé. Au final, 15 questionnaires ont été inclus pour cette enquête COLCA (Tableau 20).

Tableau 20 - Participants de l'enquête COLCA selon le type de structure représentée

	Effectif	Proportion
Veille sociale	9	60%
Hébergement / Insertion	3	20%
Logement accompagné / IML	1	7%
Association AHI-L	2	13%
Total	15	100%

Jacek, 56 ans

Jacek, hospitalisé pour des problèmes au foie et aux reins, est décédé à 39 ans. Il était arrivé en France il y a une dizaine d'année. Et puis, Jacek avait commencé à fréquenter les accueils de jours depuis au moins 5 ans. Il dormait à la rue mais changait régulièrement de lieu. Il avait un enfant avec qui il avait perdu le contact. C'était une personne discrète, tantôt seule, tantôt en groupe. Sa santé s'était beaucoup dégradée quelques mois avant son décès.

Les participants sont décrits selon le type de structure dans laquelle ils exercent. Un regroupement a été fait par niveau d'intervention auprès du public. Ainsi, par structure de veille sociale, il est entendu les structures de type: maraudes, accueils de jour ou espaces solidarités insertion, accueils en soirée, bagageries, distributions alimentaires. Les associations de l'AHI-L comportent les structures couvrant les domaines de la veille sociale à l'hébergement/logement.

Les résultats obtenus mettent en évidence des différences importantes dans le recueil d'informations selon le type de structure (Figure 43).

Les acteurs considérés comme des structures de la veille sociale déclarent recueillir rarement des données auprès des bénéficiaires de leurs actions, à la différence des autres acteurs impliqués dans l'hébergement et le logement (Résultats détaillés par thématique figurant en Annexe 3, Résultats COLCA).

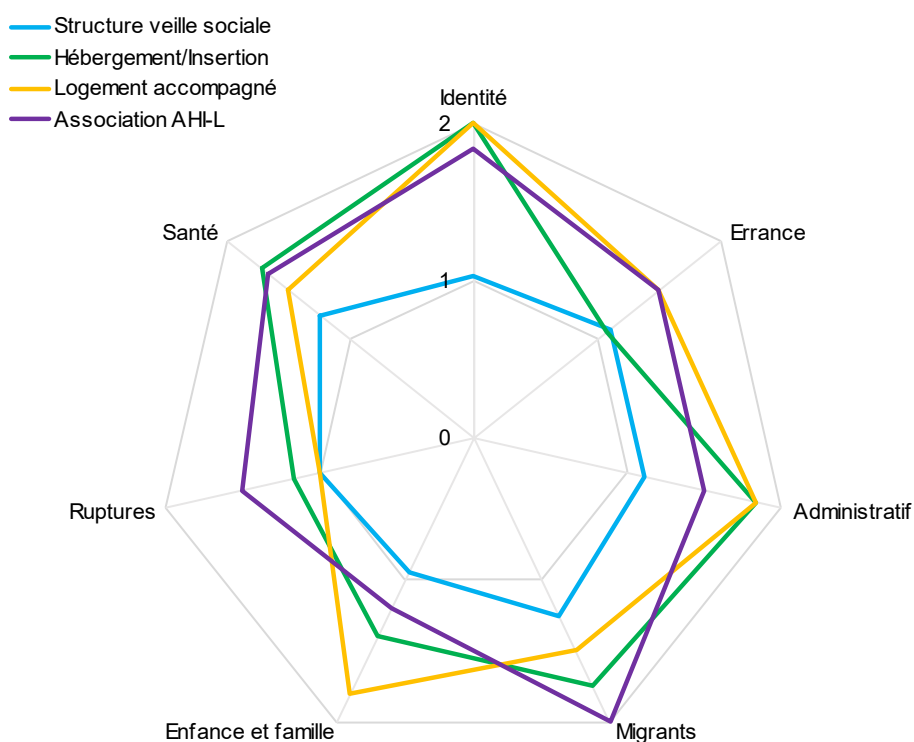


Figure 43 - Score moyen selon la thématique explorée et par type de structure (0=jamais, 1=rarement, 2=souvent)

Les éléments relatifs à l'identité (nom, prénom, date de naissance, commune de naissance, statut marital, âge) sont recueillis fréquemment par les acteurs de l'hébergement/insertion et du logement accompagné. En revanche, si les structures de bas seuil peuvent ponctuellement recueillir certaines informations pour une action spécifique, elles ne le font pas de manière systématique.

Pour la surveillance de la mortalité, les données d'identité font parties des informations recueillies régulièrement par l'équipe D&D, souvent dès l'étape de l'enquête CAS. Elles servent principalement à questionner et à identifier, parmi les différents acteurs, ceux ayant côtoyé les défunts (en leur suggérant une identité) et qui seraient susceptibles de participer à l'enquête PARCOURS.

Structures de type Hébergement/insertion & logement accompagné

« Les données d'identité sont essentielles dans le cadre des demandes de logement »

« Pour établir des contrats de sous location nous avons besoin de l'identité des personnes; le statut matrimonial n'est pas du tout certain »

Structure de type Veille sociale

« Dans le cadre de mon travail, nous ne proposons pas de suivi individuel. Nous demandons certaines informations si elles sont nécessaires dans le cadre d'une démarche (rédaction d'un courrier, lettre de soutien, médiation avec CPAM, CAF ou autre etc.) ou d'une orientation vers une autre structure. Ce sont principalement l'identité, la date de naissance le pays de naissance et la commune de résidence du demandeur qui sont le plus souvent demandées »

« Aucune condition requise pour l'obtention d'un repas »

Les informations relatives au parcours comme la date de début de l'errance, la chronologie des lieux de vie, le recours aux dispositifs d'accueil de jour ou aux structures d'hébergement d'urgence sont peu recueillies, toutes structures confondues. Il s'agit donc de données pour lesquelles l'équipe D&D devrait solliciter d'autres acteurs, en premier lieu, les SIAO qui sont les plus à même de centraliser ce type de données. Les commentaires des différentes structures abondent dans ce sens.

Structures de type veille sociale

« Nous ne faisons pas les demandes sur le SI-SIAO, d'où le peu d'informations récoltées sur le parcours d'errance. En revanche, nous informons beaucoup sur le 115 et nous orientons vers les accueils de jour ou vers les structures qui permettent d'avoir un suivi social pour l'hébergement/logement »

« Ces informations, même si elles sont connues (puisque nous avons, en général, de bonnes relations de confiance avec les accueillis) ne sont pas enregistrées de façon systématique »

Structure de type Logement accompagné

« Nous avons des dossiers sur les personnes mais qui ne comprennent pas le parcours de rue sauf de façon un peu générale et nous ne posons pas de questions à ce sujet à nos locataires, à qui il arrive de nous en parler spontanément »

Les résultats obtenus pour les données administratives (existence de mesure de protection judiciaire, domiciliation, couverture maladie, revenus, niveau d'études, démarches initiées) montrent qu'elles sont systématiquement recherchées par les acteurs de l'hébergement/logement accompagné, à l'exception du niveau d'études. En revanche, comme pour les thématiques précédentes, les acteurs de la veille sociale adoptent une approche utilitariste de l'information. Il n'y a pas de recueil systématique mais fonction de la situation du bénéficiaire. Certaines informations peuvent alors être recherchées de manière spécifique comme l'existence d'une domiciliation administrative qui constitue un préalable à de nombreuses démarches, ou de la disponibilité d'une couverture médicale.

Pour l'équipe d'enquêteurs de D&D, ces constats doivent permettre d'orienter leurs stratégies de recherche. Mais il est nécessaire de prendre en compte le fait que si ces données ne sont pas systématiquement recueillies, elles ne sont pas pour autant inconnues des intervenants. Mais leur partage est dépendant de la qualité de la relation entretenue entre bénéficiaire et travailleur.se social.e, de la capacité de mémorisation de ce.tte dernier.ère et peut-être aussi du souhait de ne pas faire répéter à nouveau son histoire à chaque personne accompagnée.

Par ailleurs, deux questions de l'enquête COLCA portaient sur des données spécifiques aux personnes migrantes, à savoir, la date/temps passé en France et l'obtention du statut de réfugié/carte de résident. Les résultats tendent à mettre en évidence que la régularité du séjour est recueillie par la plupart des acteurs alors que c'est moins fréquent pour les informations relatives à l'entrée sur le territoire.

Les données relatives à l'enfance et à la famille sont peu explorées. L'existence d'un placement dans l'enfance, les liens avec la famille, les liens sociaux ou les activités bénévoles ne sont pas ou peu abordées par les différents acteurs. Il s'agit pour un certain nombre de bénéficiaires de facteurs ayant pu conduire à des ruptures ou à provoquer l'arrivée à la rue. L'accès à ces informations sensibles est conditionné par l'existence d'une relation de confiance entre bénéficiaire et intervenant favorable à ce type de confiance. Cette observation doit inciter à questionner l'intérêt d'investiguer systématiquement ce domaine dans le cadre de la surveillance de la mortalité sachant que l'accès à cette information par les travailleurs sociaux n'est, quant à lui, pas acquis. Pour certaines structures, il s'agit même d'une posture plutôt militante contre la collecte de données. Se pose également la question de l'intérêt de recueillir des données sur la cause de la venue à la rue ou dans la précarité lorsque l'objet de la surveillance est la mortalité des personnes sans domicile.

Le statut de la personne (vivre seul, en couple, avec des enfants) est bien évidemment un élément pris en compte fréquemment puisqu'il conditionne le type de services accessibles pour le bénéficiaire. Il s'agit d'un élément qui devrait être investigué de manière plus simple par le système de surveillance. D'autant plus que ce statut conditionne l'accès à des dispositifs différents et susceptibles d'avoir un impact sur l'état de santé.

Structures de type veille sociale

« La plupart du temps le contexte familial est difficile et en rupture notamment dû à l'alcool ou à la drogue »

« Concernant l'intégralité des réponses que nous venons de fournir, nous ne prenons que très peu de notes et ne consignons quasiment jamais les informations des personnes que nous rencontrons. Nous faisons uniquement des comptes rendus de maraudes avec un minimum d'informations sur les personnes (jamais de noms de famille ou d'infos confidentielles, etc...). Nous estimons que ce serait trahir la confiance de la personne que de noter dans des documents accessibles à un certain nombre de personnes des informations confidentielles. Nous militons contre le fichage et la géolocalisation »

Il était également demandé aux participants de préciser la fréquence à laquelle des données relatives à la santé pouvait être recueillies. L'existence et le type de maladie, les antécédents, les addictions, la souffrance psychologique, l'existence d'un suivi médical et le recours au service hospitalier étaient les items proposés. Alors qu'il est souvent difficile pour les enquêteurs du projet D&D d'obtenir des informations relatives à la santé des personnes décédées notamment du fait du secret professionnel ou du secret médical souvent invoqué, il s'avère que les différents acteurs en recueillent un certain nombre, certes, à des fréquences diverses. Certains acteurs de la veille sociale recueillent souvent des informations sur la maladie ou les addictions. D'autres, dans le domaine de l'hébergement/logement, explorent régulièrement la présence de souffrances psychologiques, l'existence d'un suivi médical.

Pour les enquêteurs, à défaut de recueillir directement ces données auprès des acteurs qui peuvent être opposés à un tel partage, le recueil pourrait alors porter sur des marqueurs indirects questionnant l'autonomie (exemple recours à une aide, dépendance), la consultation régulière d'un médecin, la présence de médicaments à prendre régulièrement, ... En parallèle, il serait judicieux pour le CMDR d'explorer les possibilités de partenariats sur cette thématique particulière des données de santé.

Structures de type veille sociale

« Mutisme total »

Pour conclure, l'enquête COLCA a permis d'identifier, parmi les associations adhérentes au conseil d'administration du CMDR, des approches différenciées en termes de recueil de données selon le type de structure. Bien que les structures répondantes ne soient pas représentatives de l'ensemble des acteurs du domaine de l'AHIL, les résultats obtenus permettent d'apporter un éclairage quant aux collectes de données. Certaines thématiques sont recherchées régulièrement (identité, situation administrative, santé) alors que d'autres le sont moins (errance, famille/enfance, ruptures). Certains acteurs n'ont pas un recueil systématique de l'information mais plutôt utilitariste en fonction des besoins spécifiques de la personne.

Pour le projet D&D, un certain nombre de réflexions peuvent être menées sur la stratégie d'enquête et sur les acteurs à cibler selon l'information recherchée. Le développement de collaborations avec les SIAO permettrait un partage des données utiles et disponibles sur le SI-SIAO comme, par exemple, celles relatives au parcours résidentiel (1^{er} appel au 115, dates des hébergements, type de structure, ...). Des collaborations avec des acteurs santé (APHP, APMH) voir avec la CPAM et le Health Data Hub, pourraient permettre d'aboutir à une description plus précise de l'état de santé des personnes sans domicile. Enfin, il est nécessaire de mener la réflexion sur la simplification du questionnaire, notamment sur les variables portant sur les facteurs ayant conduit à la rue qui ne constituent pas l'objet de la surveillance de la mortalité par le CMDR.

Acceptabilité

Aborder la question de l'acceptabilité du système de surveillance implique de 2 domaines distincts :

- le signalement des décès
- l'investigation des cas lors des enquêtes CAS et PARCOURS

Le dispositif, dans sa configuration actuelle, ne permet pas un recueil standardisé des sources de signalement⁶³. La situation est différente pour les participants des enquêtes CAS et PARCOURS pour lesquels, plusieurs stratégies d'enregistrement ont été utilisées sans aboutir, encore, à la solution optimale.

Ce faisant, le Groupe de travail « Évaluation » du Comité consultatif a mis en œuvre une évaluation portant sur l'acceptabilité du signalement dénommée COLAX. La population source était les acteurs ayant signalé au moins un décès au CMDR en 2020. L'enquête, dans une approche quantitative, visait à mesurer 4 caractéristiques principales du signalement et 3 éléments complémentaires. Pour cela, les participants étaient invités à renseigner un questionnaire en ligne (Annexe 4, Questionnaire COLAX).

Participants

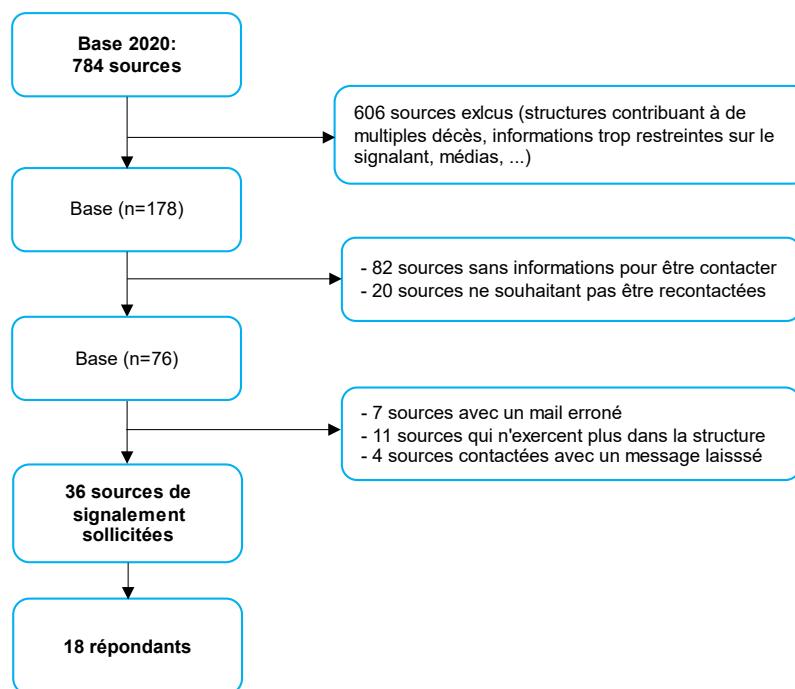


Figure 44 - Flowchart enquête COLAX

⁶³ Quelques éléments de la saisie sont standardisés comme le type de source (associatif, partenaires institutionnels, ...), le sens de signalement (entrant ou sortant). Le reste des informations (contact, coordonnées de la source) est renseigné dans un champ libre.

Un homme, 32 ans

Monsieur avait quitté son pays. Arrivé en France, il avait déposé une demande de régularisation qui n'avait pas abouti. Aucun recours n'avait été fait. Monsieur vivait sur un campement. Il n'avait plus de contact avec sa famille au pays. Il s'était mis à consommer des antalgiques avant d'en devenir dépendant. Son corps a été retrouvé dans sa tente.

L'enquête s'est déroulée du 19 janvier 2022 au 6 septembre 2022. L'exploration de la base de données des décès survenus en 2020, son nettoyage et son traitement manuel ont permis de définir un échantillon de 36 sources (Figure 44). Parmi elles, 18 ont répondu à l'enquête. La majorité exerce dans des structures de type samusocial ou maraude. 11% sont dans des structures de bas seuil de type accueil de jour ou dans des dispositifs de logements accompagnés. Un répondant exerce dans une structure d'hébergement/insertion, un autre dans une association œuvrant dans l'AHI-L et un participant intervient dans une équipe dédiée au sein d'une entreprise.

Au final, 8 régions sont représentées par l'échantillon (Tableau 21). L'Île-de-France est la plus représentée comme cela est le cas pour la distribution des décès recensés par le CMDR.

Les répondants sont principalement salariés (67%) ou bénévoles. Ils assurent des fonctions de travailleur.se social.e, chef.fe de service, directeur.trice, coordinateur.trice, éducateur.trice, chargé.e de mission ou assistant.e social.e.

Tableau 21 - Origine géographique des participants COLAX

	Effectif	Proportion
Ile de France	6	33%
Hauts de France	4	22%
Nouvelle Aquitaine	2	11%
Provence Alpes Côte d'Azur	2	11%
Centre Val de Loire	1	6%
Bourgogne Franche Comté	1	6%
Pays de la Loire	1	6%
Auvergne Rhône Alpes	1	6%
	18	100%

Le signalement

4 affirmations étaient proposées aux participants. Pour chacune, il était demandé leur approbation selon une échelle comprise entre 0 (Pas du tout) et 4 (Tout à fait). Les résultats obtenus sont représentés sur la figure 45.

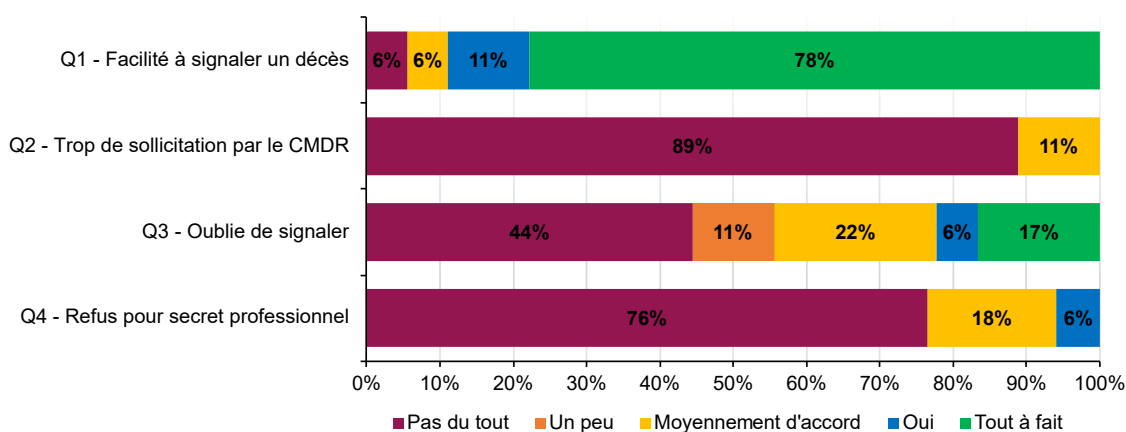


Figure 45 - Évaluation de 4 caractéristiques du dispositif

Pour la grande majorité des participants, le signalement des décès au CMDR est fluide.

« Je n'ai jamais rencontré de difficultés lors de mes signalements ainsi qu'avec les interlocuteurs que j'ai eus au téléphone. »

« C'est facile, mais il faut y penser quand on n'est pas directement en charge des obsèques, car on se dit que d'autres vont le faire... manque le temps nécessaire, pas de poste de secrétariat au sein de mon service »

« Je n'ai eu qu'un signalement comme expérience et cela s'est très bien passé. Mail à envoyer. Démarche rapide et simple. Envoie d'un mail et réponse rapide. Des personnes très engagées qui rassurent. »

Lorsque les acteurs ont signalé un décès, l'intervention du CMDR pour compléter le recueil de données auprès des sources n'est pas considéré comme excessif.

« Pas du tout dérangé. Échanges toujours constructifs et chaleureux. Pour moi, ce n'est pas du dérangement c'est plutôt un signe de forte implication. »
« Ce n'est pas un dérangement mais souvent une demande de complément d'infos »
« Les appels sont occasionnels et ajustés si besoin à un temps ultérieur »
« Je pense que c'est important de prendre le temps pour discuter des personnes décédées. Les appels n'ont jamais été fastidieux. »

Certains acteurs proposent d'adapter la procédure au regard des contraintes pratiques des enquêteurs (présence une à deux demi-journées par semaines) qui limitent les opportunités de rendez-vous. L'envoi d'un mail afin de planifier une rencontre plutôt qu'être directement contacté par téléphone serait appréciable pour certaines sources (toutefois cette proposition a déjà été testée par les enquêteurs et ne semble pas être efficace. Le premier contact par téléphone semble plus adéquat pour convenir dans un second temps d'un rendez-vous).

Les signalements de décès au CMDR peuvent, parfois, être oubliés notamment lorsque les participants ne sont pas en charge du dossier du défunt. En effet, les personnes sans domicile peuvent être connues de différentes structures. Il peut alors arriver qu'un même décès soit signalé par plusieurs sources, ce qui est contrôlé au niveau du CMDR. A contrario, il peut aussi arriver qu'il n'y ait aucun signalement, les acteurs pouvant être amenés à penser que d'autres associations s'en soient chargées. Certaines structures expriment aussi quelques situations de doute, ne sachant pas si le décès entre dans le champ de la surveillance du CMDR et/ou s'il répond à la définition de cas. Le signalement peut également survenir avec beaucoup de retard sans être « oublié » pour autant.

D'une manière générale, il est observé que plus de 40% des répondants de l'enquête n'oublient pas de signaler un décès. Cette action est même devenue pour certains « *un réflexe* » intégré à la routine professionnelle. Certains acteurs témoignent de l'importance de cette démarche qui s'inscrit tant dans une action de plaidoyer que d'hommage à la personne décédée et à sa famille.

La question du secret professionnel ne contribue pas à une limite dans le partage de données réalisé lors des enquêtes pour plus de 2/3 des répondants.

« Je n'ai jamais eu l'occasion de me poser cette question. Il n'y a jamais eu de questions "déplacées" »
Je ne pense pas que le secret professionnel est un sujet. Je pense que les informations demandées n'ont pas d'impact sur la posture professionnelle.

Pour d'autres, certaines stratégies sont mises en œuvre pour éviter de se confronter à une telle question :

Modalités de signalement

« Je ne communique que les informations nécessaires à l'élaboration des statistiques. »
« Parfois, certains éléments médicaux peuvent nécessiter le maintien du secret. »
« Quand les familles se montrent hostiles à l'intervention de la structure, nous préférons ne pas divulguer plus d'informations »
« Souhait de conserver l'anonymat au niveau de l'identité, en l'absence du consentement de la famille »

Si près d'un tiers des participants utilisent les mails comme moyens de signalement et 22% le téléphone, 39% utilisent la fiche de signalement (au format pdf ou à compléter en ligne) pour communiquer au CMDR un décès (7 participants sur 18, Figure 46).

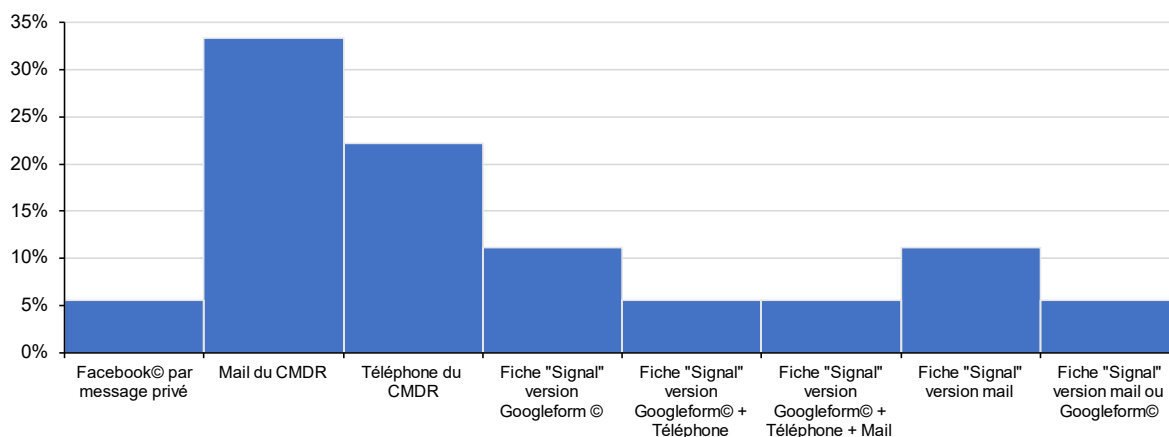


Figure 46 - Distribution des outils de signalement utilisés par les sources du CMDR

Tous les utilisateurs de la fiche de signalement (version pdf ou en Googleform®) considèrent que le temps nécessaire pour la renseigner est tout à fait acceptable. Pour une grande partie, les items mentionnés sur la fiche ne sont pas trop nombreux mais peuvent ne pas être connus du déclarant.

« Les informations demandées sont simples et utiles selon moi. »
 « La fiche est synthétique. »
 « Possibilité de remplir librement »
 « Les items ne sont pas trop nombreux mais parfois trop précis, nous ne disposons pas toujours de toutes les informations demandées »

Les participants de l'enquête n'ayant pas recours à la fiche de signalement pour informer le CMDR d'un décès n'ont généralement pas connaissance de cet outil (Figure 47).

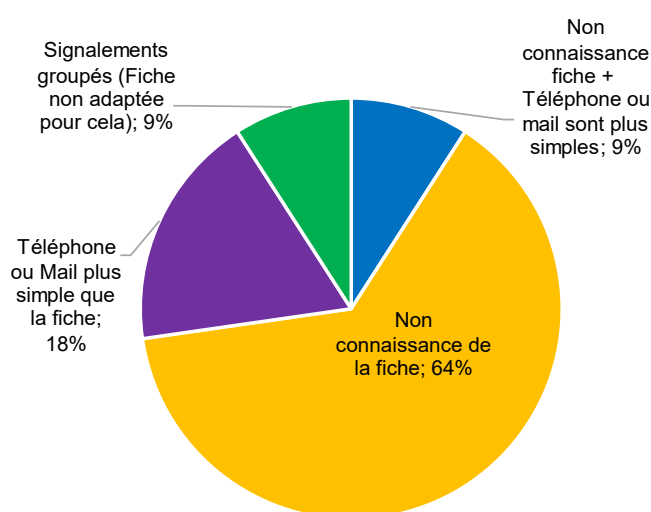


Figure 47 - Motifs de non utilisation de la fiche de signalement

Contraintes et recommandations

Certains participants identifient comme des freins au signalement le manque de temps et de disponibilité. Pour d'autres, les informations sont parfois trop succinctes et nécessitent d'être enrichies avant de partager avec le CMDR. Pour cela, certains essaient d'avoir plus de détails sur les circonstances du décès, voire d'obtenir une confirmation officielle du décès. Il peut s'agir également de rechercher plus d'informations sur l'identité du défunt et de rechercher des liens avec la famille.

Afin d'améliorer les remontées vers le CMDR, les participants préconisent d'en améliorer sa communication notamment en développant les actions de sensibilisation et de promotion vers les acteurs locaux :

- Développer les liens avec les SIAO à l'échelle départementale
- Des communications pourraient être menées vers les centres communaux d'actions sociales afin qu'ils relayent ensuite aux associations de leur commune respective.

Les outils de signalement pourraient être rendu plus visibles en les faisant apparaître sur une page internet dédiée et mieux référencée par les moteurs de recherche.

Enfin, concernant la fiche de signalement, il est suggéré d'en développer 2 versions dont une plus simple pour les acteurs non formés. Il est également suggéré d'y intégrer une zone de commentaires libres car parfois certaines informations sont très précises et ne peuvent être mentionnées dans le signalement.

Conclusion

L'enquête COLAX permet de dresser un certain nombre de constats qui appellent à l'action. Dès à présent, il apparaît important de mettre en place :

- Un développement du réseau de partenaires du CMDR aux échelons régionaux, départementaux et locaux ;
- Une sensibilisation sur la définition de cas et les modalités du signalement : le CMDR peut être une aide lors de rumeurs de décès ou de disparitions ;
- Une communication sur le cadre réglementaire et éthique (RGPD, directives s'appliquant aux personnes décédées, déclaration CNIL) ;
- Un accès facilité aux outils de signalement ;
- Une rétro-information plus importante et rapide lorsque le CMDR apprend un décès auprès des sources de signalement du lieu de décès.

Exhaustivité

L'exhaustivité d'un système de surveillance se définit par le rapport entre le nombre de cas captés par celui-ci rapporté au nombre total de cas dans la population surveillée. Pour cela, la méthode de capture-recapture est la plus souvent utilisée mais elle nécessite de disposer de plusieurs sources de données.

C'est l'objet du travail qu'a réalisé C. Vuillermoz en 2014 (9) à partir des cas recensés par le CMDR entre 2008 et 2010 et ceux identifiés par l'INSERM-CépiDC dans le registre national des causes de décès sur la même période en France. Cette étude a conclu à une exhaustivité estimée à 17% (IC95% : [13-26]) pour la base du CMDR et notait que celle-ci était plus importante pour la région parisienne (24%).

Depuis, aucun autre croisement de données n'a été réalisé. Cependant, il est raisonnable de penser que l'exhaustivité du système a augmenté au moyen notamment :

- De la structuration et le renforcement du dispositif de surveillance ;
- Du renforcement matériel et humain de l'équipe D&D ;
- Du développement de collaborations avec les différents acteurs de l'AHIL ;
- D'une amélioration de la couverture géographique du système (cf. Représentativité - Couverture géographique, figures 49 et 50).

De plus, des signalements de 2021 ont permis d'intégrer près de 150 décès supplémentaires sur la période 2012-2019, soit une augmentation de près de 4% des décès présents sur la base de données (Figure 48).

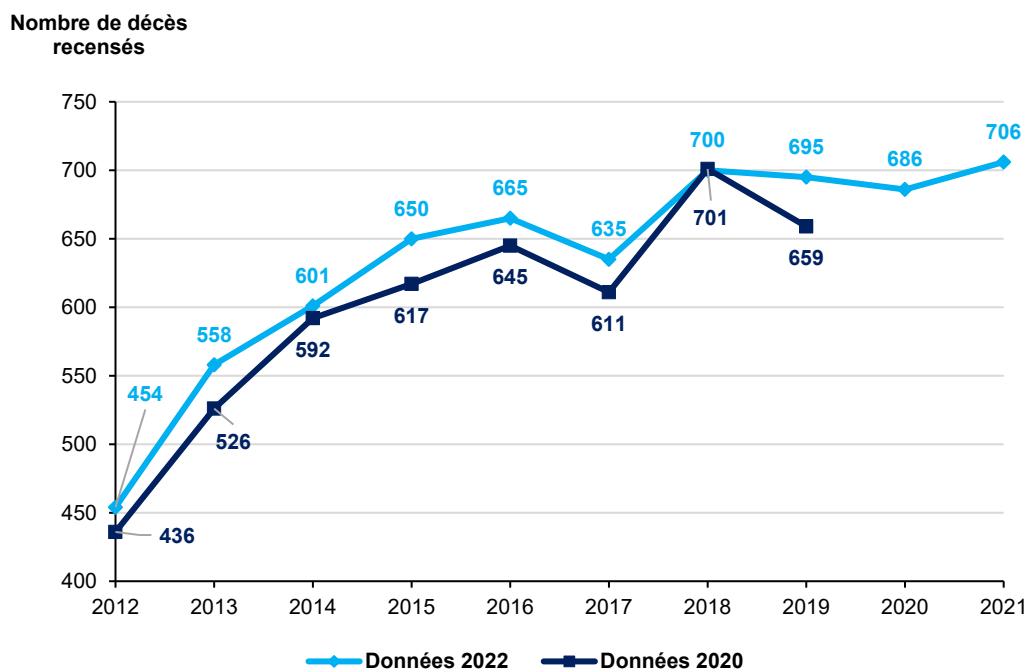


Figure 48 - Évolution du nombre de décès recensés chaque année par le CMDR entre les données de 2020 et 2022 (ensemble des cas SCS, A-SCS, R-SCS)

Un nouveau projet conjoint entre le CMDR et l'INSERM-CépiDc est en préparation. Il doit permettre de mener un croisement entre les bases de données de chacune des 2 structures. Il portera sur la période 2012-2017 et aura notamment pour objet d'estimer le nombre de décès de personnes sans chez soi en France. Ceci permettra également de fournir une estimation actualisée de l'exhaustivité du système mis en œuvre par le CMDR.

Représentativité

Lors des travaux menés par l'ONPES sur les sources de données existantes relatives à la mortalité des personnes sans chez soi, les conclusions concernant le dispositif du CMDR (1) avaient pointé certaines limites dans la représentativité des cas identifiés:

- Une surestimation des morts violentes ;
- Une sous-estimation des décès en institution ;
- La non-exhaustivité des décès recensés

A ces premiers constats, l'étude de C. Vuillermoz (9) confirmait une exhaustivité limitée (17%) et ajoutait une certaine disparité géographique (exhaustivité supérieure en région parisienne par rapport aux autres régions). De plus, il est observé une probable surreprésentation des décès chez les hommes dans la surveillance réalisée par le CMDR alors que la population de personnes sans domicile vivante décrite par l'INSEE en 2012 était composée de 38% de femmes (22), différence qui n'est pas retrouvée dans la littérature internationale.

Depuis ces premières analyses, le système de surveillance s'est développé permettant notamment un élargissement de la couverture géographique des décès mais présente encore des limites.

Olivier, 49 ans

Olivier est décédé à l'hôpital à la suite d'une agression dans la rue.

Il avait engagé plusieurs démarches avec sa curatelle notamment pour avoir accès aux soins et de nouvelles perspectives s'ouvraient.

Olivier était un être radieux mais il n'arrivait pas à se maintenir dans une structure d'hébergement. Il lisait, aimait blaguer, complimenter. Il était humain et bienveillant envers les autres. Il avait enchaîné plusieurs postes, parfois serveur ou intervenant dans le bâtiment public avant de vivre à la rue. Des médecins avaient diagnostiqué un trouble bipolaire. Olivier cachait à sa famille sa situation de sans chez soi malgré des contacts réguliers.

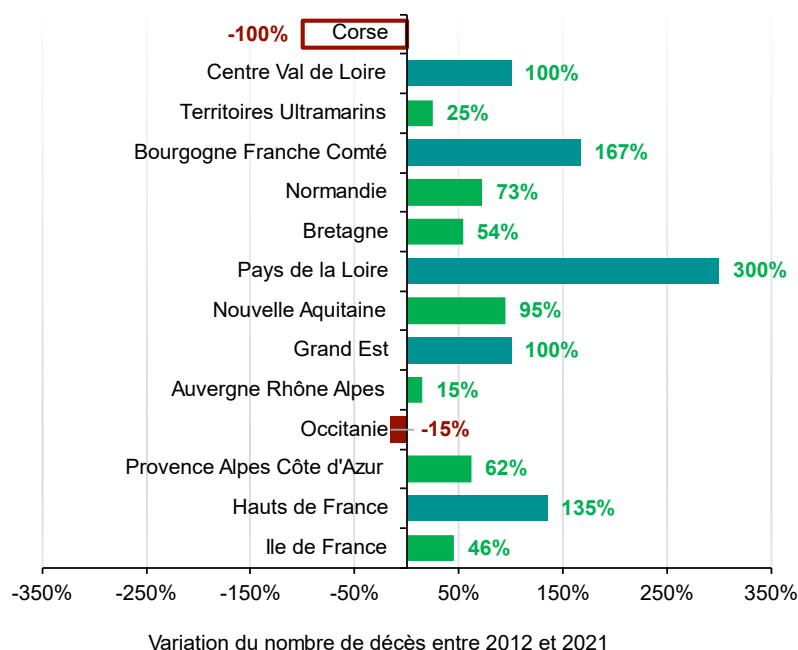


Figure 49 - Évolution du nombre de décès signalés au CMDR par région entre 2012 et 2021

Couverture géographique

La couverture géographique du système de surveillance demeure très centrée sur l'Île-de-France, qui représente 43% des décès recensés depuis 2012. L'implantation historique du CMDR à Paris et sa proximité avec de multiples acteurs participe à une animation du réseau de surveillance plus active sur ce territoire. Une plus forte concentration de la population sans domicile dans cette région, comme mis en évidence par l'INSEE (23) (43% des personnes sans domicile vivaient dans l'agglomération parisienne en 2012), expliquerait également un nombre de décès plus important.

Cependant, il est observé une évolution des signalements en région comme le montre la figure 49. Il y est constaté une progression générale à l'exception de la Corse et de l'Occitanie entre 2012 et 2021.

Plusieurs régions présentent un doublement voir un triplement des signalements sur cette période donnée (Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire, Grand Est, Hauts-de-France). Il s'agit d'une progression plus importante que celles observées :

- Pour le nombre de décès recensés par le CMDR entre 2012 et 2021 (+56%)
- Pour la région Île-de-France (+46%)

S'il est acquis que le nombre de personnes sans domicile a plus que doublé entre 2012 et aujourd'hui, il est peu probable que les évolutions constatées pour ces régions s'expliquent non seulement par une hausse des décès mais aussi par une amélioration du recensement.

Si à l'échelon régional, la tendance est à une amélioration de la couverture, au niveau départemental, il est constaté de fortes disparités (Figure 50). Certains départements présentent une baisse de 100% du nombre de signalements par rapport à 2012 (Aisne, Ariège, Aube, Charente, Dordogne, Gers, Loire, Nièvre, Hautes-Pyrénées, Sarthe, Deux-Sèvres, Tarn-et-Garonne, Vosges, Territoire de Belfort, Corse du Sud, Guadeloupe, Guyane). Dans plus d'une vingtaine de départements, moins de 5 décès ont été recensés depuis 2012 (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Ariège, Aveyron, Cantal, Cher, Creuse, Gers, Indre, Jura, Landes, Haute-Loire, Lot, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre, Orne, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Haute-Vienne).

Malgré certaines évolutions positives, un nombre encore important de décès n'est pas capté par le dispositif de surveillance. Il importe donc de poursuivre le renforcement des partenariats afin d'améliorer la couverture géographique du système en France métropolitaine mais également dans les départements et

collectivités d'outremer. Dans ces derniers, il est nécessaire d'apprécier les enjeux particuliers de certains de ces territoires au regard de la pauvreté⁶⁴ et de l'habitat⁶⁵. Différentes actions ont commencé à être initiées au niveau du CMDR pour explorer cette situation spécifique.

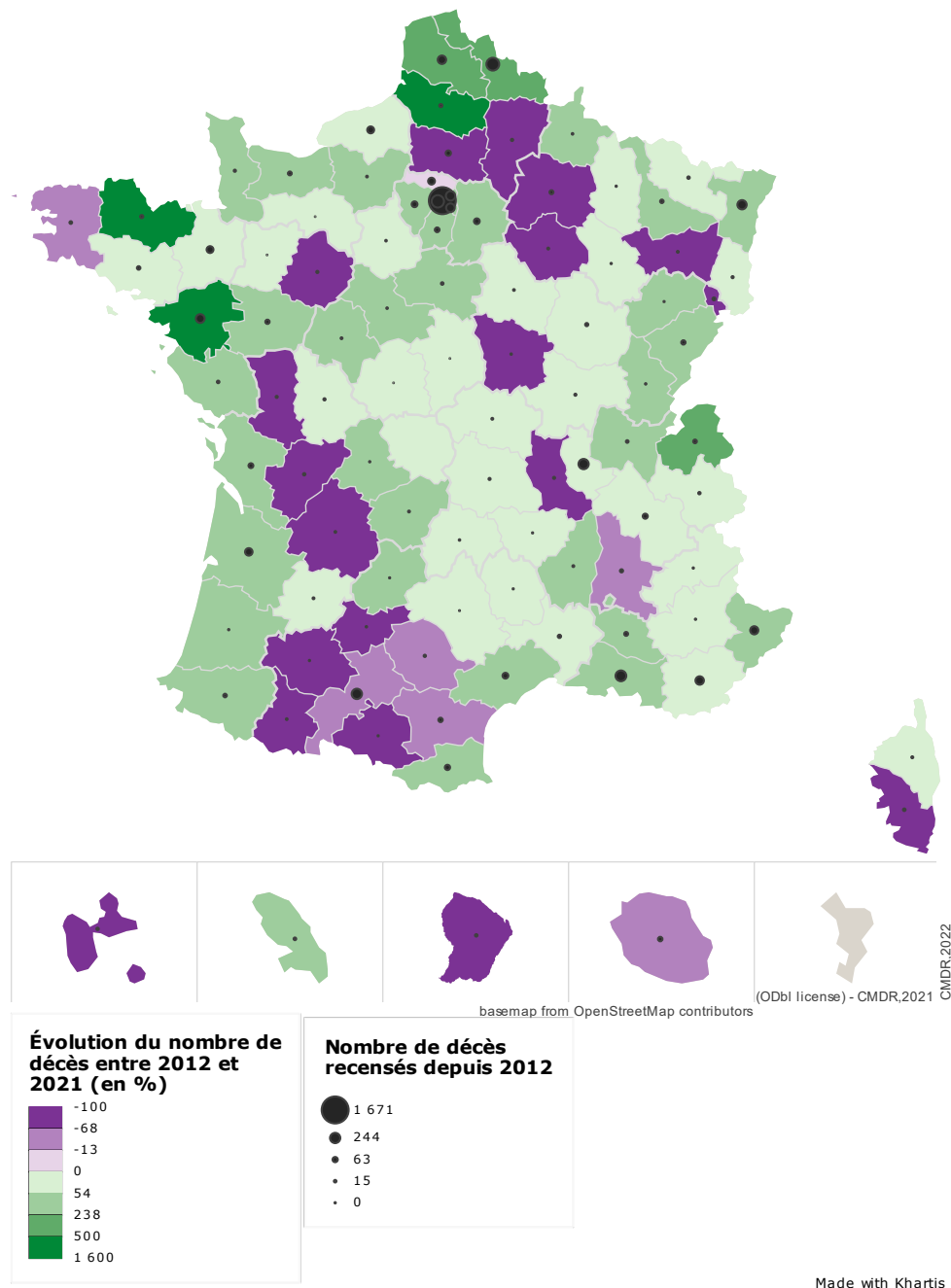


Figure 50 - Évolution du nombre de décès par le CMDR entre 2012 et 2021 et distribution du nombre de décès recensé depuis 2012

⁶⁴ A Mayotte, plus de 90% de la population vit sous le seuil de pauvreté français (18)

⁶⁵ Questionnements autour de l'habitat insalubre et indigne (24)

Profil des personnes décédées selon le type de source

L'analyse des profils de décès selon les sources de signalement suggère des hypothèses quant à la tendance du système à surestimer les morts violentes et à sous-estimer les décès survenus en institution (Tableau 22).

Association 23% des signalements

Les associations signalent le plus souvent des décès de personnes de plus de 50 ans et d'adultes de 25-50 ans. Malgré tout, il s'agit de l'une des sources qui signale le plus de décès chez les enfants de moins de 5 ans. La plupart concerne des hommes, seuls, en situation de rue ou hébergés, principalement nés en France (55%) décédés tout au long de l'année et dans une moindre mesure l'été (19%). Ces décès surviennent majoritairement en Île-de-France (54%) sinon en Auvergne Rhône Alpes (11%) et dans les Hauts-de-France (9%), dans des lieux de soins (43%), ou dans des structures d'hébergement (23%) sinon sur la voie publique (21%). Les décès signalés par des associations permettent de recueillir un peu plus d'éléments relatifs au parcours de la personne décédée. Presque un tiers des personnes avaient des enfants, au moins la moitié avaient un suivi social et au moins 26% avaient des démarches initiées ou en cours au moment du décès. Le signalement survient en moyenne 2 mois 1/2 après le décès, mais pour 50% dans les 2 premières semaines.

Partenaires institutionnels 26% des signalements

Les partenaires institutionnels informent le CMDR de décès concernant principalement des adultes âgés de plus de 25 ans mais également des enfants de moins de 5 ans (1ère source de signalement pour cette tranche d'âge). Il s'agit la plupart du temps d'hommes en situation de rue ou probablement sans chez soi (difficultés à décrire le parcours sur les 3 derniers mois de vie) nés en France ou à l'étranger et parfois sans information quant à leur origine (17%). Les décès signalés par les partenaires institutionnels surviennent au cours de l'hiver (30%) ou de l'automne (27%) mais un peu moins l'été (18%). Il s'agit majoritairement de décès en Île-de-France (56%) et dans une moindre mesure dans les Hauts-de-France (10%). Ils ont principalement lieu sur la voie publique (54%) sinon dans des établissements de soins (23%). Généralement, les partenaires institutionnels signalent tardivement les cas (317 jours en moyenne), 50% étant signalés dans les 45 premiers jours suivant le décès.

Médias 22% des signalements

Les signalements reçus par les médias concernent principalement des jeunes. Près d'un cas sur 2 concerne des adultes âgés de 25 à 50 ans. Ils sont également la principale source de signalement de décès concernant les enfants (5-15 ans), les adolescents et les jeunes adultes. Généralement, il s'agit d'hommes en situation de rue (53%) ou probablement sans chez soi (32%). Dans 50% des cas, il s'agit de personnes nées en France sinon hors de l'UE (23%). Les décès signalés par les médias surviennent tout au long de l'année mais un peu moins l'été (25%) et au printemps (19%). Au-delà de la mortalité chez les jeunes, les médias ont comme particularité de signaler des décès partout en France (83% hors de l'Île-de-France), notamment dans les Hauts-de-France (20%) et en Occitanie (12%). Ils ont tendance également à signaler dans plus d'un cas sur deux, des décès de causes violentes (56%). Il s'agit de la source la plus réactive puisqu'en moyenne, il faut 28 jours pour que l'information soit connue du CMDR. Dans 50% des cas, le signal est réceptionné dans les 2 jours suivants le décès.

Associations d'hommage et d'accompagnement aux morts de la rue 13% des signalements

Ces structures similaires au CMDR signalent principalement des décès survenant chez des plus de 50 ans (65%) et chez les 25-50ans (34%). C'est l'une des trois principales sources de signalement de personnes anciennement sans chez soi (avec les associations et les structures de soins). Il s'agit le plus souvent d'hommes nés en France (60%) qui décèdent tout au long de l'année avec des décès plus nombreux en été (26%), plus fréquemment dans des établissements de soins (36%), de causes mal définies. Ces décès surviennent quasi-uniquement en région, principalement en Provence-Alpes-Côte d'Azur (24%), Grand Est (16%), Pays de la Loire (14%) et en Occitanie (13%). Ces signalements parviennent au dispositif de surveillance, en moyenne, plus de 4 mois après le décès.

Établissements de soins 7% des signalements

Dans une très large majorité, ces structures signalent des décès survenant chez des plus de 50 ans (79%), souvent en situation de rue (39%) ou anciennement sans chez soi (27%), tout au long de l'année et un peu plus au cours de l'automne (29%) et de l'hiver (25%). Il s'agit de la source de signalements avec la proportion de décès féminins la plus élevée (12%). Les signalements concernent presque exclusivement des décès survenus en Île-de-France (95%), dans des lieux de soins (75%) et dûs lorsque l'information est connue à une maladie ou un cancer (13%). Les établissements de soins constituent une des sources les plus rapides de signalement puisque 50% parviennent dans les 26 premiers jours suivant le décès.

Convention Mairie de Paris 5% des signalements

La convention qui lie le CMDR à la Mairie de Paris permet le signalement de décès de personnes isolées (dont personne ne réclame le corps). Parmi ces personnes décédées pour lesquelles le CMDR accompagne les funérailles, se trouvent également des personnes sans domicile qui, elles seules, intègrent le recensement. Ces décès ont donc la particularité de survenir quasi exclusivement à Paris. Il s'agit dans près de 2 cas sur 3 de personnes âgées de plus de 50 ans, de sexe masculin, en situation de rue (34%) ou anciennement sans chez soi (21%). Il s'agit d'une des sources qui signale le plus de décès de personnes nées à l'étranger (27% hors UE, 18% en UE hors France). Ces décès surviennent principalement à l'automne (33%) et en hiver (25%), majoritairement, dans des lieux de soins (57%) et de causes mal définies (74%). En moyenne, ces cas sont signalés 68 jours après le décès.

Particuliers 5% des signalements

Les décès signalés par les particuliers ont la particularité de ne concerner que des personnes de plus de 25 ans, majoritairement en situation de rue (52%), nées en France (59%), survenus principalement l'hiver (26%) et à l'automne (26%). Dans un cas sur 2, il s'agit de décès survenus en Île-de-France (51%), sinon, en Occitanie (9%), en Nouvelle-Aquitaine (8%) ou en Auvergne-Rhône-Alpes (6%). Les décès signalés par les particuliers sont de causes non précisées (52%). Ils peuvent être liés à des causes violentes (21%) ou à des maladies de l'appareil circulatoire (11%). Dans 43% des cas, il s'agit de décès survenant sur la voie publique. Ces signalements parviennent au CMDR en un peu moins de 2 mois en moyenne. Dans 50% des cas, l'information est reçue jusqu'à 7 jours après le décès, ce qui fait des particuliers, une des sources les plus réactives après les médias.

La surestimation des morts violentes est à mettre en lien avec le poids des décès recueillis via la veille médiatique (les médias signalent 22% des cas recensés par le CMDR. Parmi eux, 56% sont liés à des causes violentes). Sur la période 2012-2021, ces morts violentes ne représentent pourtant que 23% du total des causes de décès, les maladies comptant pour 20%. Ces proportions sont très différentes des données sur lesquelles le cabinet Cemka-Eval s'était appuyé pour mener son analyse. Il était alors identifié que près de 56% des décès recensés en 2009 étaient liés à une mort violente et 11,4% à une maladie.

Si le système a toujours tendance à surestimer les morts violentes du fait du poids des médias dans les sources de signalement et de l'importance des causes de décès mal définies (56%), ces données demeurent malgré tout assez proches des résultats obtenus par C. Vuillermoz (12). Ils estimaient à 29% la part des causes externes (agressions, suicides, noyades, accidents de transport, intoxications, expositions à un froid excessif) dans les décès de personnes sans domicile entre 2008 et 2010.

Il semble également que les décès survenant en institution soient mieux représentés dans les données du Collectif sur la période 2012-2021 par rapport à 2008-2010, puisqu'ils représentent 32% des lieux de décès identifiés (contre 28% en 2009 dans le rapport du cabinet CEMKA-Eval). Cependant, le faible poids des structures de soins dans les sources de signalement des décès constitue un biais important dans l'exhaustivité des données. Si l'hôpital est le principal lieu de décès de la population générale en France (25), avec seulement 7% des décès signalés par une structure de soins, la surveillance du CMDR passe à côté d'un nombre probablement plus important de décès et notamment de décès liés à des maladies.

La faible représentation des femmes dans les décès signalés au CMDR par les différentes sources interpelle étant donné qu'elles représentaient près de 38% de la population sans domicile décrite par l'INSEE en 2012. Le diagnostic mené par la Fondation des Femmes, en 2019 sur l'Île-de-France (26), met également, en évidence, la hausse des demandes d'hébergement pour cette population. Il pointe également le poids des violences subies (sexuelles, sexistes, ...) qui sont susceptibles de se reproduire dans le parcours résidentiel. Il questionne le poids des représentations de la personne sans domicile (plus facilement identifiée comme un homme), l'importance de mener des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels et l'importance d'une orientation vers des dispositifs spécialisés (hébergements ou dispositifs sociaux). Des actions de sensibilisation du CMDR vers des structures spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des femmes sans domicile devraient être mises en œuvre.

Tableau 22 - Description des caractéristiques des décès selon les sources de signalement, 2012-2021

	Associations (n=1654)		Collectifs Morts de la Rue en province (n=982)		Convention Mairie de Paris (n=346)		Partenaires institutionnels (n=1791)		Etablissements de soins (n=489)		Particuliers (n=379)		Média (n=1557)		Total (N=7198)	
Tranche																
Moins de 5 ans	14	1%	4	0%	1	0%	28	2%	1	0%	0	0%	14	1%	62	1%
[5-15 ans]	4	0%	1	0%	0	0%	8	1%	0	0%	0	0%	18	1%	31	0%
[15-18 ans]	6	0%	1	0%	0	0%	3	0%	0	0%	0	0%	28	2%	38	1%
[18-25 ans]	32	2%	12	1%	4	0%	25	1%	1	0%	10	3%	115	7%	199	3%
[25-50 ans]	571	35%	330	34%	95	28%	663	37%	102	21%	150	39%	772	50%	2683	37%
>50ans	1027	62%	634	65%	246	72%	1064	59%	385	79%	219	58%	610	39%	4188	58%
Cas																
Situation de rue	665	41%	258	26%	117	34%	746	42%	192	39%	198	52%	822	53%	2998	42%
Hébergé	532	32%	196	20%	66	19%	340	19%	83	17%	58	15%	165	11%	1441	20%
Probablement sans chez soi	169	10%	317	32%	90	26%	604	34%	84	17%	78	21%	503	32%	1845	26%
Ancien sans chez soi	284	17%	210	22%	71	21%	95	5%	129	27%	43	11%	54	3%	888	12%
Récemment sans chez soi	4	0%	1	0%	2	0%	6	0%	1	0%	2	1%	13	1%	29	0%
Continent origine																
France	909	55%	589	60%	166	48%	793	44%	246	51%	222	59%	775	50%	3702	51%
UE hors France	297	18%	148	15%	62	18%	295	16%	89	18%	63	17%	200	13%	1154	16%
Hors UE	360	22%	113	12%	94	27%	403	23%	133	27%	62	16%	359	23%	1525	22%
NSP	88	5%	132	13%	24	7%	300	17%	21	4%	32	8%	223	14%	820	11%
Saison																
Manquant	84	5%	71	7%	0	0%	82	5%	1	0%	23	6%	33	2%	294	4%
Hiver	423	26%	240	24%	86	25%	542	30%	121	25%	100	26%	419	27%	1932	27%
Printemps	387	23%	213	22%	81	23%	365	20%	116	24%	76	20%	300	19%	1539	21%
Ete	317	19%	251	26%	64	19%	315	18%	109	22%	83	22%	388	25%	1528	21%
Automne	443	27%	207	21%	115	33%	487	27%	142	29%	97	26%	417	27%	1908	27%
Sexe																
Homme	1478	89%	846	86%	315	91%	1552	87%	431	88%	346	91%	1429	92%	6400	89%
Femme	167	10%	112	11%	31	9%	176	10%	58	12%	33	9%	117	7%	694	10%
NSP	9	1%	24	3%	0	0%	63	3%	0	0%	0	0%	11	1%	107	1%
Region																
IDF	893	54%	6	1%	346	100%	1002	56%	462	95%	192	51%	270	17%	3173	44%
Hauts de France	147	9%	38	4%	0	0%	181	10%	3	1%	15	4%	316	20%	701	10%
Grand Est	69	4%	155	16%	0	0%	41	2%	1	0%	14	4%	77	5%	357	5%
Pays de la Loire	23	1%	142	14%	0	0%	23	1%	0	0%	7	2%	73	5%	268	4%
Nouvelle Aquitaine	33	2%	59	6%	0	0%	71	4%	1	0%	30	8%	116	8%	310	4%
Occitanie	78	5%	124	13%	0	0%	132	8%	0	0%	36	9%	182	12%	552	8%
Auvergne Rhône Alpes	177	11%	73	7%	0	0%	92	5%	4	1%	23	6%	100	6%	469	6%
Provence Alpes Côte d'Azur	127	8%	239	24%	0	0%	132	8%	17	3%	16	4%	157	10%	688	9%
Autres régions	91	5%	146	15%	0	0%	100	5%	0	0%	45	12%	184	12%	566	8%
DROM/COM	15	1%	0	0%	0	0%	16	1%	0	0%	1	0%	81	5%	113	2%
NSP	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	1	0%	4	0%
Statut																
Seul	659	40%	226	23%	121	35%	437	25%	112	23%	140	37%	343	22%	2040	28%
En couple	96	6%	32	3%	9	3%	60	3%	10	2%	18	5%	56	4%	281	4%
En famille	22	1%	5	1%	0	0%	35	2%	0	0%	6	1%	23	1%	91	1%
Mineur	23	1%	5	1%	1	0%	38	2%	1	0%	0	0%	52	3%	120	2%
NSP	854	52%	714	72%	215	62%	1221	68%	366	75%	215	57%	1083	70%	4669	65%
Cause de décès																
Causes SAN	847	51%	616	63%	257	74%	1272	71%	316	65%	199	52%	539	35%	4048	56%
Morts violentes	266	16%	140	14%	28	8%	269	15%	20	4%	79	21%	880	56%	1683	23%
Maladies appareil circulatoire	201	12%	89	9%	13	4%	117	6%	32	6%	44	11%	87	6%	583	8%
Tumeurs	193	11%	85	9%	26	8%	64	4%	62	13%	29	8%	16	1%	475	7%
Troubles comportements	13	1%	6	1%	3	1%	21	1%	3	1%	6	2%	15	1%	67	1%
Maladies appareil digestif	42	3%	21	2%	4	1%	17	1%	14	3%	7	2%	5	0%	110	2%
Autres causes	92	6%	25	2%	15	4%	31	2%	42	8%	15	4%	15	1%	235	3%
Lieu de décès																
Hébergement/logement	385	23%	242	25%	51	15%	166	9%	57	12%	70	18%	99	6%	1071	15%
Voie publique	341	21%	192	19%	59	17%	973	54%	19	4%	163	43%	1263	81%	3011	42%
Lieu de soins	706	43%	355	36%	197	57%	405	23%	366	75%	91	24%	151	10%	2272	31%
Autre	222	13%	193	20%	39	11%	247	14%	47	9%	55	15%	44	3%	847	12%

DISCUSSION

Principaux résultats

Critères d'évaluation	Résultat
Pertinence des objectifs de la surveillance du CMDR	Le système de surveillance a pour objectif principal d'estimer sur une période de temps donnée (une année) la fréquence de survenue d'un événement de santé (le décès) au sein d'une population cible (les personnes sans chez soi) dans un espace défini (le territoire français). Cet objectif peut être considéré comme atteint au moins partiellement. Bien que non exhaustive, la surveillance du CMDR est reconnue par certains participants comme "l'instance nationale la plus pertinente sur le sujet". Elle permet de rendre visible un problème à la fois sanitaire et social via la communication faite autour du rapport Dénombrer & Décrire dont les résultats sont diffusés par les médias et utilisés par d'autres acteurs (Fondation Abbé Pierre) et encore trop peu souvent dans la littérature scientifique.
Fonctionnement du système	Définition de cas explicitée, schéma de fonctionnement très centralisé avec beaucoup de traitement en interne, procédures réglementaires respectées Variabilités des sources de signalement au cours du temps avec 3 acteurs principaux ces dernières années : associatifs, institutionnels et médiatiques. Réseau de sources construit de manière informelle (sensibilité au travail du CMDR) et en renouvellement régulier. Absence d'outils standardisés d'enregistrement des sources et des contacts mobilisés lors du projet D&D conduisant à une perte importante de contacts Des stratégies de vérification des cas et de recherche de contacts chronophages pour les équipes d'enquêteurs de D&D Un outil de recueil, le questionnaire, qui comporte un nombre important de variables souvent peu recueillies
Utilité du système	42 participants extérieurs interrogés La majorité des participants utilise des données de mortalité, les données du CMDR sont utilisées dans 41% des cas Niveau d'utilité élevé selon les parties prenantes 3 niveaux d'utilité de l'entretien D&D réalisé par les bénévoles auprès des travailleurs sociaux : Une finalité épidémiologique, une finalité mémorielle et une finalité d'écoute La démarche du CMDR est plébiscitée : au niveau épidémiologique via l'élaboration du rapport D&D, au niveau militant avec l'action de plaidoyer auprès des institutions, au niveau mémoriel avec la réalisation de l'hommage annuel

Critères d'évaluation	Résultat
Qualités intrinsèques	
Simplicité	Outils de signalement simples et disponibles pour les acteurs de l'AH-L Etape du traitement du signal qui est la plus complexe: classification des signalements, réseau de surveillance plus ou moins dense, plus ou moins disponible et coopérant, du recours ou non de du défunt aux dispositifs de l'AH-L, de la période de signalement du décès (période de novembre à mars la plus chargée) Equipe d'enquêteurs bénévoles nécessitant une formation et un accompagnement initial Disponibilité de l'équipe limitée (1/2 journée à 1 jour par semaine par bénévole)
Flexibilité	Centralisation du système limite le nombre d'acteurs à former et facilite l'intégration de nouvelles actions ou procédures
Réactivité	Délai médian de 22 jours entre le décès et le signalement avec une grande variabilité (de 0 à plus de 8 ans) pour certains signalements. Engorgement des signalements entre novembre et mars. Système peu réactif avec un temps de traitement des dossiers de l'ordre 3 mois mais qui diminue à l'approche de la clôture de l'enquête chaque année au mois de mars.
Qualité des données	Proportion très élevée de données manquantes Critères de clôture - critères d'appariement avec l'INSERM-CépiDc utilisés et comprennent les plus faibles proportions de données manquantes Données manquantes pas complètement liés au hasard ce qui nécessiterait l'utilisation de modèles complexes pour suppléer l'information Poids des données manquantes pose la question de l'étendue des domaines inclus dans la surveillance, notamment sous l'angle quantitatif. Résultats enquête COLCA montrent que certains champs sont +/- explorés selon le type d'acteurs et selon les priorités d'action des intervenants (créer une relation de confiance pour les acteurs de bas seuil, renseigner un dossier de demande de logement pour les acteurs de la réinsertion et du logement)
Exhaustivité	Exhaustivité de 17% sur les données de 2008 à 2010. Pas d'autres données depuis. Toutefois, amélioration de cette exhaustivité possible car structuration et renforcement du dispositif de surveillance ; renforcement matériel et humain de l'équipe D&D ; développement de collaborations avec les différents acteurs de l'AH-L ; amélioration de la couverture géographique du système
Représentativité	Une surestimation des morts violentes selon les sources de signalement notamment médiatique mais qui tend à se réduire Des décès en institution légèrement mieux représentés Une amélioration de la couverture géographique bien qu'encore perfectible La non-exhaustivité des décès recensés
Acceptabilité	Seulement 18 répondants à l'enquête COLAX Une bonne acceptabilité de l'enquête auprès des répondants: transmission de l'information fluide mais encore des oublis. Des postures différentes vis à vis du secret professionnel. La fiche de signalement, principal outil utilisé pour transmettre l'information au CMDR mais encore méconnu. Frein au signalement: le manque de temps et de disponibilité

Stéphanie, 50 ans

Il semble que Stéphanie âgée de seulement 36 ans, était à la rue suite à une séparation.

Stéphanie était en errance depuis une vingtaine d'année. Elle utilisait les différents dispositifs lorsqu'elle avait un besoin spécifique mais restait en retrait le reste du temps. Le suivi était difficile puisque Stéphanie avait tendance à disparaître par moment.

Recommandations

Suite à cette évaluation qui confirme l'intérêt de poursuivre la surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi, des recommandations peuvent être formulées afin d'en améliorer un certain nombre de points :

Mener une réflexion sur les objectifs de la surveillance

Il apparaît nécessaire que le CMDR mène une réflexion sur les objectifs attendus du système de surveillance. Différentes options sont possibles, certaines en interne, d'autres par le développement de collaborations avec des partenaires extérieurs. Différentes approches peuvent compléter la méthode quantitative actuellement retenue (méthode mixte, méthode qualitative sur les trajectoires des personnes sans chez soi décédées). En fonction des objectifs retenus, comme le propose le tableau 14, de nouveaux sujets d'étude peuvent être développés, nécessitant le développement de collaboration avec d'autres acteurs (INSERM-CépiDc, SIAO, Acteurs du logement accompagné, Structures hospitalières, ...), la création de nouveaux outils de recueil ou l'adaptation de ceux existants.

Les constats issus des différentes composantes de cette évaluation (notamment l'utilité de la surveillance, la proportion de données manquantes, l'acceptabilité), fournissent les éléments de réflexion suffisants pour que le Comité consultatif et, *in fine*, le Comité de pilotage se positionnent quant à une évolution du dispositif D&D.

Renforcer et consolider le réseau de surveillance

Des efforts importants sont à fournir afin de développer le réseau de surveillance tant à l'échelon national que régional, départemental ou local (communal). Le CMDR devrait communiquer et sensibiliser à la fois sur ses actions de formation et d'accompagnement face au décès, via l'équipe PED, et sur le dispositif de surveillance du projet D&D. Des actions de communication spécifiques sur le cadre réglementaire et éthique pourraient être portées par le CMDR, notamment au regard du RGPD.

Depuis 2022, le CMDR s'est lancé dans le développement de collaborations permettant de renforcer le recensement des décès et le recueil de données relatives au parcours des personnes décédées. Une première convention a été signée avec le Samusocial de Paris et des échanges sont initiés avec d'autres SIAO d'Île-de-France et du Nord et donnant lieu à une première convention signée avec le SIAO 77 d'IdF. Ces premiers résultats doivent permettre d'identifier les données exploitables en routine via le SI-SIAO. De fait, cela contribuera à sélectionner les variables d'intérêt et limiter les données manquantes.

Il apparaît également fondamental de développer des contacts privilégiés avec les établissements de santé comme l'APHP ou l'APHM mais également les Instituts médico-légaux afin de pouvoir recueillir des informations complémentaires sur les causes de décès.

Comme tout dispositif de surveillance, il est important de développer la rétro-information auprès des sources et des parties prenantes du dispositif. Pour cela, le CMDR pourrait intégrer à sa plateforme internet, une interface graphique permettant l'analyse de certaines données en open data. Des rapports réguliers pourraient être transmis aux acteurs aux différents échelons. Des analyses spécifiques par région pourraient ainsi être développées et communiquées auprès des différentes structures régionales.

Améliorer les procédures de traitement de l'information

Le système de surveillance repose principalement sur l'investissement des bénévoles dans le travail quotidien d'investigation. Il s'agit donc de ressources majeures pour lesquelles il est fondamental de valoriser les efforts fournis, notamment par les résultats produits par le dispositif de surveillance. Une actualisation des procédures et des cursus de formation se poursuit et vise à faciliter l'intégration de nouveaux enquêteurs tout en préservant la qualité du recueil des données.

La mise en place de référents régionaux dans la conduite de la surveillance facilite la gestion des cas signalés sur une zone géographique donnée et leur traitement. Elle permet également une meilleure visibilité pour les différents partenaires de la surveillance en orientant vers un interlocuteur de référence.

L'analyse de la réactivité du système a pointé la période de travail plus intense entre décembre et avril. Il est nécessaire de favoriser un signalement plus régulier des cas tout au long de l'année afin de mieux répartir la charge de travail pour les équipes et améliorer la qualité des informations recueillies.

Des améliorations de la base de données sont nécessaires afin de saisir de manière standardisée les sources de signalement et les structures répondant aux enquêtes.

Le développement d'un outil référençant les différents acteurs existant sur un territoire donné, participant ou non à la surveillance et permettant des mises à jour régulières est fondamental.

De l'évolution des objectifs de la surveillance découlent également un certain nombre de leviers d'actions permettant l'amélioration de la réactivité du dispositif, de la qualité des données, du temps de traitement des dossiers.

Développer les collaborations avec des structures de recherche

Le premier croisement de données avec l'INSERM-CépiDC a été mené en 2014. Il a permis d'estimer le nombre de décès de personnes sans chez soi en France sur la période 2008-2010 (9) et d'en comparer les causes de décès avec la population générale (12). Une nouvelle collaboration est attendue très prochainement afin de réitérer ces études.

Les collaborations avec des unités de recherche devraient être renforcées afin d'améliorer les connaissances sur la mortalité des personnes sans chez soi et permettre d'approfondir des thématiques que le système à lui seul ne permet pas d'étayer.

Limitations

Cette deuxième évaluation du dispositif de surveillance a été menée à la fois en interne et en externe⁶⁶ et s'est appuyée sur la base de données du CMDR, des documents disponibles (rapports sur la mortalité des personnes sans chez soi des années antérieures, protocoles existants, comptes rendus de réunion) et des échanges menés avec les membres des équipes du Collectif Les Morts de la Rue. Cette évaluation a intégré, comme recommandé (6)(27)(5), des approches mixtes à la fois quantitative et qualitative.

Toutefois, il est regrettable de ne pas avoir pu inclure un nombre plus important de participants aux différentes enquêtes réalisées tant pour les études quantitatives COLUT, COLAX et COLCA que pour les études qualitatives BECOL et COLTS. Ce faisant, les résultats obtenus manquent de représentativité. Il aurait été souhaitable de recueillir les réponses d'un plus grand nombre d'associations du domaine de l'AH-L notamment. Dans certaines enquêtes, il n'a pu être recueilli que les réponses de personnes sensibles au travail du CMDR. Il aurait été appréciable de pouvoir intégrer plus de participants ne connaissant pas ou n'utilisant pas les données du CMDR, ou refusant de participer à la surveillance de la mortalité.

Une meilleure représentativité aurait été appréciable également au niveau de la distribution géographique des répondants majoritairement en Île-de-France.

Les difficultés rencontrées lors du recrutement des participants à ces études devraient contribuer à l'élaboration de stratégies plus efficaces de communication et d'inclusion, à l'avenir, si ces enquêtes étaient amenées à être reproduites ou si de nouveaux critères d'évaluation devaient être explorés.

CONCLUSION

La surveillance réalisée par le CMDR constitue la principale source d'information relative à la mortalité des personnes sans chez soi à l'échelle nationale. Le travail mené par le CMDR depuis 2002 permet de mettre en évidence la vulnérabilité des personnes sans domicile en France auprès des différents acteurs nationaux. Il a montré que l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR était particulièrement abaissé par rapport à celui de la population générale en France et que ces décès ne surviennent pas uniquement en hiver du fait d'une exposition à un froid excessif mais du fait de conditions de vie violentes et précaires.

Si l'exhaustivité des données constitue un défi majeur pour le système de surveillance, un certain nombre de pistes de réflexion ont été identifiées afin de le rendre plus efficace.

⁶⁶ A la différence de la première évaluation de 2020 qui n'avait été menée qu'en interne

BIBLIOGRAPHIE

1. Charlemagne A, Courouve L, Bonte J. Etude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri. Etude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social (ONPES). Cemka Eval; 2011 févr p. 82. Report No.: 2009-199.
2. Conférence de consensus: Sortir de la rue. Rapport du jury d'audition [Internet]. Paris: Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale; 2007 déc [cité 28 juill 2020] p. 51. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/rapports-2007.html>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 17 sept 1999 [cité 21 juin 2020];48(RR-11). Disponible sur: <https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>
4. Thacker SB, Parrish R, Trowbridge F. A method for evaluating systems of epidemiological surveillance. World Health Statistical Q. 1988;41:11-8.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Data quality monitoring and surveillance system evaluation: a handbook of methods and applications. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2014 [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:TQ0414829:EN:HTML>
6. Herida M, Desenclos JC. Évaluation de différents systèmes de surveillance (en maladies infectieuses) à partir d'un protocole générique. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 févr 2015;63(1):35-42.
7. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi [Internet]. La Documentation française; 2010 [cité 28 juill 2020] p. 231. Disponible sur: [\(inserm-00452211\)](#)
8. Breakey WR. It's time for the public health community to declare war on homelessness. Am J Public Health. févr 1997;87(2):153-5.
9. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. BMC public health. 7 juill 2014;14:690.
10. Rocca C. Les Morts de la Rue. Etudes sur la mort. 2002;no 122(2):17-43.
11. Allan M. Mortalité des personnes sans domiciles : enquête, dénombrer et décrire en 2015. Rhizome. 2017;N° 64(2):3-4.
12. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Moreno-Betancur M, et al. Mortality among homeless people in France, 2008–10. Eur J Public Health. 2016;26(6):1028-33.
13. L'état du mal-logement en France, 2022 [Internet]. Paris, France: Fondation Abbé Pierre; 2022 [cité 2 févr 2022] p. 359. Report No.: Rapport annuel #27. Disponible sur: https://www.fondation-abbepierre.fr/documents/pdf/reml2022_web.pdf
14. Uribelarrea G. La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. Retraite et société. 2021;85(1):43-59.
15. Coulomb L. Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux. Retraite et société. 2021;85(1):61-81.
16. Besozzi T. Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants. Retraite et société. 2021;85(1):83-105.
17. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations – France, portrait social [Internet]. Paris, France: INSEE; 2014 nov [cité 31 juill 2020]. (INSEE Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>
18. Département de Mayotte, Préfet de Mayotte. Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées 2018-2023. Mayotte [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.mayotte.gouv.fr/Politiques-publiques/Amenagement-du-territoire-Politique-de-la-Ville-et-Cohesion-Sociale/Plan-departemental-d-action-pour-le-logement-et-l-hebergement-des-personnes-defavorisees-2018-2023>
19. CMDR. Mortalité des personnes sans domicile 2015. Enquête Dénombrer & Décrire. Paris: Collectif Les Morts de la Rue; 2016 déc p. 141.
20. CMDR. Mortalité des personnes sans domicile 2019. Enquête Dénombrer & Décrire. Paris: Collectif Les Morts de la Rue; 2020 nov p. 109.
21. Héraud Bousquet V. Traitement des données manquantes en épidémiologie : application de l'imputation multiple à des données de surveillance et d'enquêtes [Internet] [phdthesis]. Université Paris Sud - Paris XI; 2012 [cité 2 août 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00713926>
22. Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régner (Insee) Stéphane Legleye, Martine Quaglia (Ined). L'hébergement des sans-domicile en 2012. juill 2013 [cité 17 déc 2019];(1455). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
23. Apur, INSEE. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. juin 2014;(72):4.

24. Letchimy S. L'habitat insalubre et indigne dans les départements et régions d'outre-mer: un défi à relever. Rapport relatif à la résorption de l'habitat insalubre outre-mer. 2009 sept p. 137.
25. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet]. INSEE Focus n°95. 1997 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763#consulter>
26. Miragliese L, Vella J, Ponce-Voiron C. Phase 1 du projet: « Un abri pour toutes ». Diagnostic réalisé auprès de Centres d'hébergement d'urgences mixtes. Fondation des Femmes; 2019 oct p. 104.
27. the Guidelines Working Group. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. MMWR. 27 juill 2001;50(RR13):1-35.
28. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale. Instruction interministérielle N°DGS/VSS/VSS2/DGSCGC/DGT/DGOS/DGCS/SGMAS/2018/236 du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019 [Internet]. 2018 oct [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: https://beta.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_44119/CIRC

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire COLUT

ENQUETE COLUT

Q1	Merci de sélectionner avec attention votre choix parmi les propositions suivantes: 1 J'accepte d'être recontacté.e pour recevoir les résultats de cette enquête uniquement. 2 J'accepte que le CMDR conserve mes coordonnées pour recevoir les résultats et être recontacté.e dans le cadre de ses actions 3 Je ne souhaite pas être recontacté.e pour recevoir les résultats de l'enquête et je ne veux pas que le CMDR conserve mes coordonnées. <i>Q1=1,2>Q2</i> <i>Q1=3>Q8</i>
Q2	Votre nom: <i>Q2>Q3</i>
Q3	Votre prénom: <i>Q3>Q4</i>
Q4	Votre adresse mail: <i>Q4>Q5</i>
Q5	Votre numéro de téléphone: <i>Q5>Q6</i>
Q6	Dans quelle structure exercez-vous ? <i>Q6>Q7</i>
Q7	Quelle profession y exercez-vous? <i>Q7>Q8</i>
Q8	Dans le cadre de votre exercice professionnel, êtes-vous amené.e à rechercher et/ou utiliser des données sur la mortalité des personnes sans domicile? 1 Oui 2 Non <i>SI Q8=1 > Q9</i> <i>SI Q8=2 > Q12</i>
Q9	Vous avez recours à des données sur la mortalité des personnes sans domicile. Dans ce cas, quelles sont les sources que vous utilisez? (Plusieurs réponses sont possibles) 1 L'INSERM CépiDC 2 La surveillance hivernale des décès COGIC-DGCS 3 Le PMSI 4 Le Collectif Les Morts de la Rue 5 Si autre, merci de précisez: <i>SI Q9=1,2,3,5 > Q10</i> <i>SI Q9=4 > Q15</i>
Q10	Connaissez-vous le Collectif Les Morts de la Rue ? 1 Oui 2 Non <i>SI Q10=1 >> Q11</i> <i>SI Q10=2 >> FIN</i>
Q11	Connaissez-vous le rapport Dénombrer & Décrire du Collectif Les Morts de la Rue ? 1 Oui 2 Non

SI Q11=1 > Q15

SI Q11=2 > Q39

Q12	Vous n'avez pas recours à des données sur la mortalité des personnes sans domicile. Dans ce cas, précisez-nous en les raisons? (Plusieurs réponses possibles) 1 Ces données ne sont pas connues 2 Ces données ne sont pas accessibles 3 Ces données ne sont pas utiles à mon exercice 4 Si autre, merci de précisez votre propos: Q12>Q13
Q13	Connaissez-vous le Collectif Les Morts de la Rue ? 1 Oui 2 Non SI Q13=1 > Q14 SI Q13=2 > FIN
Q14	Connaissez-vous le rapport Dénombrer & Décrire du Collectif Les Morts de la Rue ? 1 Oui 2 Non SI Q14=1 > Q15 SI Q14=2 > Q39
Q15->Q34	Pour chaque affirmation, il est demandé de quantifier le niveau d'approbation selon l'échelle suivante: (0) Pas du tout / (1) Un peu / (2) Moyennement d'accord / (3) Oui / (4) Tout à fait / (5) Ne sait pas
Q15	Les données du CMDR sont utiles pour mesurer les tendances au cours du temps de la mortalité des personnes sans domicile. 0-5
Q16	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q17	Les données du CMDR sont un bon indicateur de la mortalité des personnes sans domicile. 0-5
Q18	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q19	Les données du CMDR permettent d'identifier les principales caractéristiques des personnes sans domicile décédées. 0-5
Q20	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q21	Les données du CMDR permettent de montrer que les décès des personnes sans domicile sont un problème de santé publique et social. 0-5
Q22	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q23	Les données du CMDR contribuent à l'élaboration de recommandations utiles à la prévention des décès. 0-5
Q24	Précisez les arguments quant à votre notation

	Texte libre
Q25	Les données du CMDR permettent d'améliorer les pratiques professionnelles dans le suivi et la 0-5
Q26	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q27	Les données du CMDR génèrent des questions et des hypothèses de recherche. 0-5
Q28	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q29	Les données du CMDR sont utiles pour alimenter votre demande de budget en ce qui concerne la prévention, la prise en charge et le suivi des personnes sans domicile. 0-5
Q30	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q31	Le CMDR produit des informations de référence. 0-5
Q32	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre
Q33	Les données du CMDR favorisent la collaboration et l'échange entre les différents acteurs impliqués auprès des personnes en situation de vulnérabilité. 0-5
Q34	Précisez les arguments quant à votre notation Texte libre Q34>Q35
Q35	Selon vous, quels sont les éléments présentés dans le rapport Dénombrer & Décrire qui nécessiteraient d'être approfondi? Texte libre Q35>Q36
Q36	Quelles informations relatives à la mortalité des personnes sans domicile sont actuellement manquantes? Texte libre Q36>Q37
Q37	Selon vous, comment le recueil de ces informations pourrait être amélioré? Texte libre Q37>Q38
Q38	Seriez-vous intéressé pour contribuer à la réflexion portant sur la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile réalisée par le CMDR (participation à des groupes de travail par exemple)? 1 Oui 2 Non FIN
Q39	Quelles sont les actions du CMDR les plus importantes à vos yeux? Texte libre Q39>Q40
Q40	Selon vous, quelle est l'utilité du CMDR? Texte libre FIN

Annexe 2 – Questionnaire COLCA

ENQUETE COLCA**Q1** Quel est le nom de votre structure?**Q2** Quelle est votre fonction au sein de celle-ci?**Q3** Dans quel domaine d'action intervenez-vous?**1** Maraudes**2** Accueil de jour / Espace Solidarité Insertion**3** Hébergement / Insertion**4** Logement accompagné / IML**5** Si autre, merci de préciser:

Pour toutes les questions suivantes, il vous est demandé de préciser la fréquence à laquelle vous obtenez l'information auprès du bénéficiaire. Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné. Exemple item "Nom et prénom (véritable)": Je ne demande pas les véritables prénom et nom de la personne. Je sélectionne dans ce cas l'option "NC" et je passe à l'item suivant, "Date de naissance".

BLOC A Éléments portant sur l'identité du bénéficiaire Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné.

A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?

Q4 Nom et prénom (véritable)**Q5** Date de naissance**Q6** Commune, département, région de naissance**Q7** Pays de naissance**Q8** Statut marital**Q9** Age**Q10** Commentaires libres

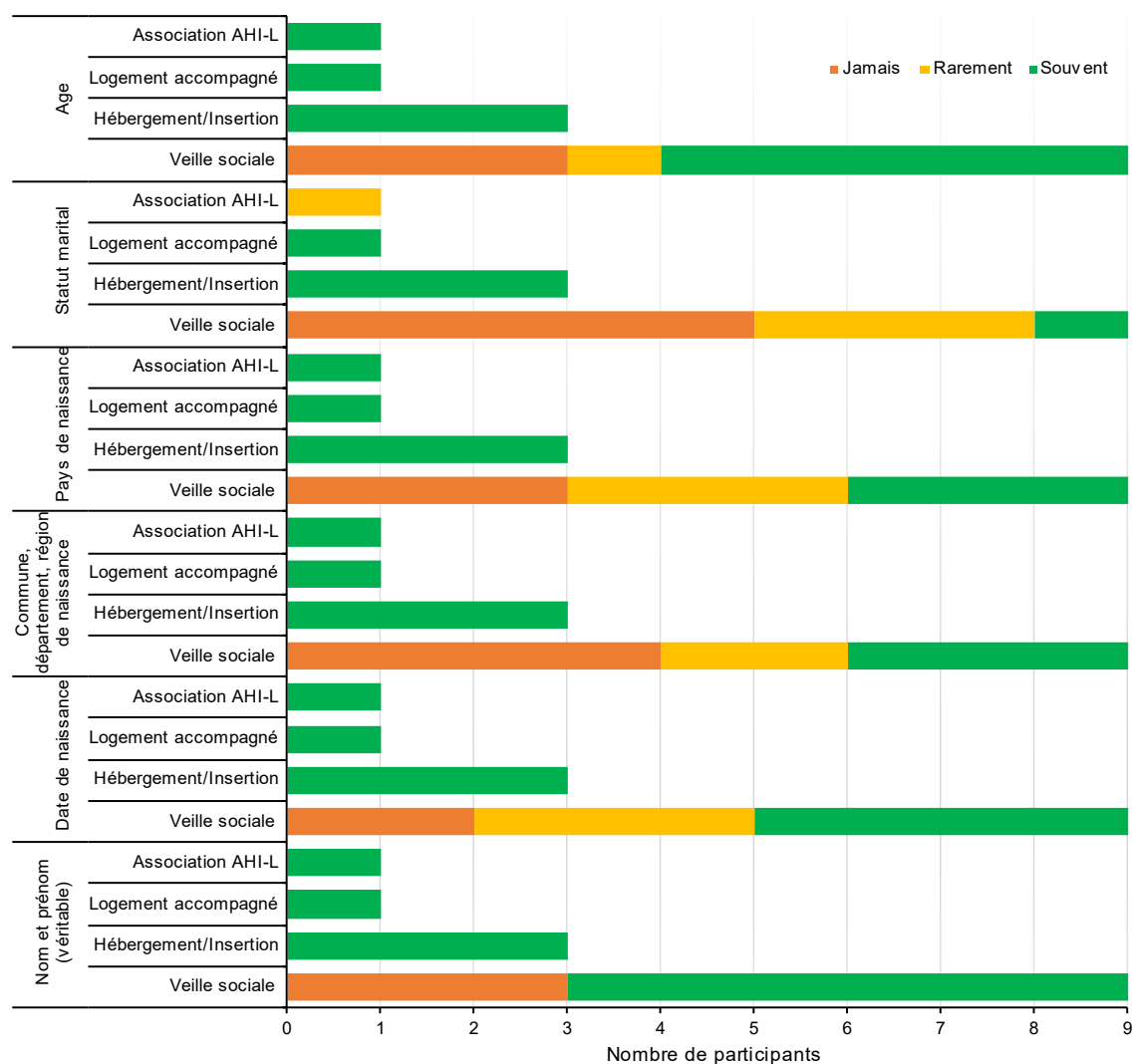
BLOC B Éléments portant sur le parcours d'errance Par errance, nous entendons l'absence de logement personnel. Par début de l'errance, il est entendu le moment à partir de la perte du logement, d'une sortie de détention sans logement personnel après, le premier appel au 115 pour une demande d'hébergement, ... Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné.

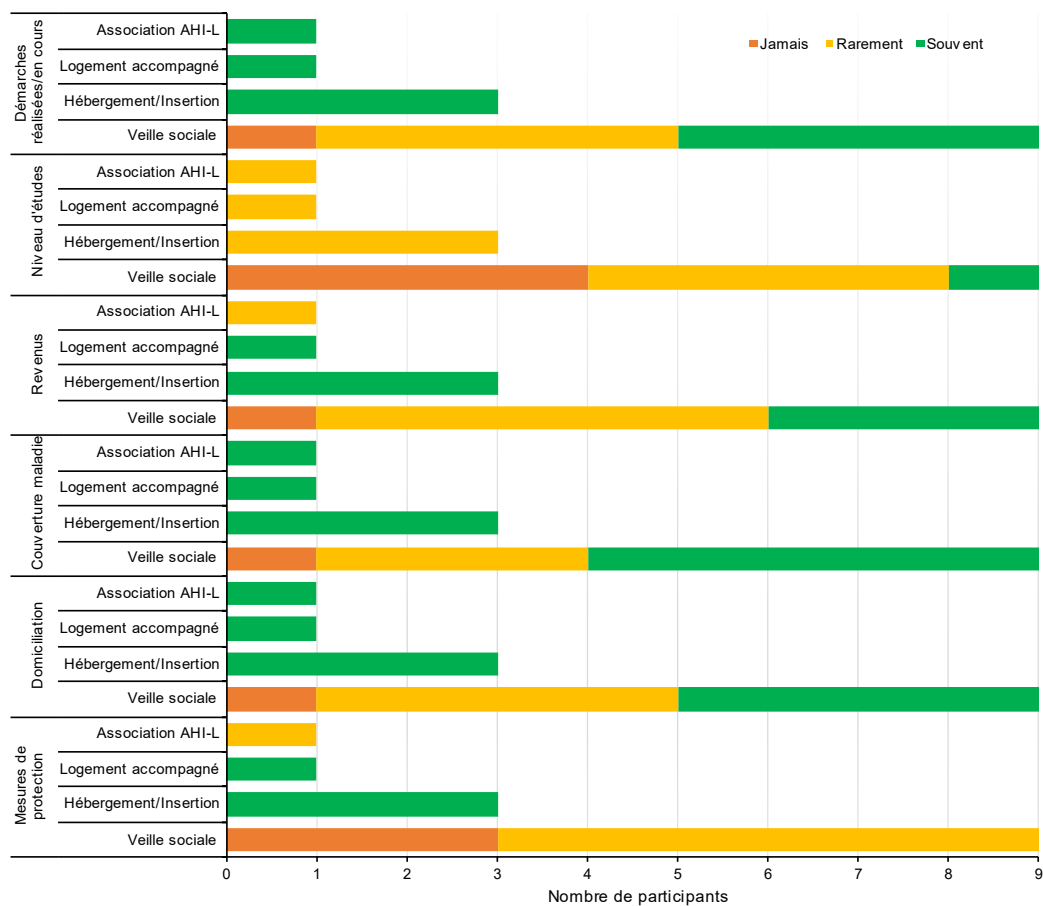
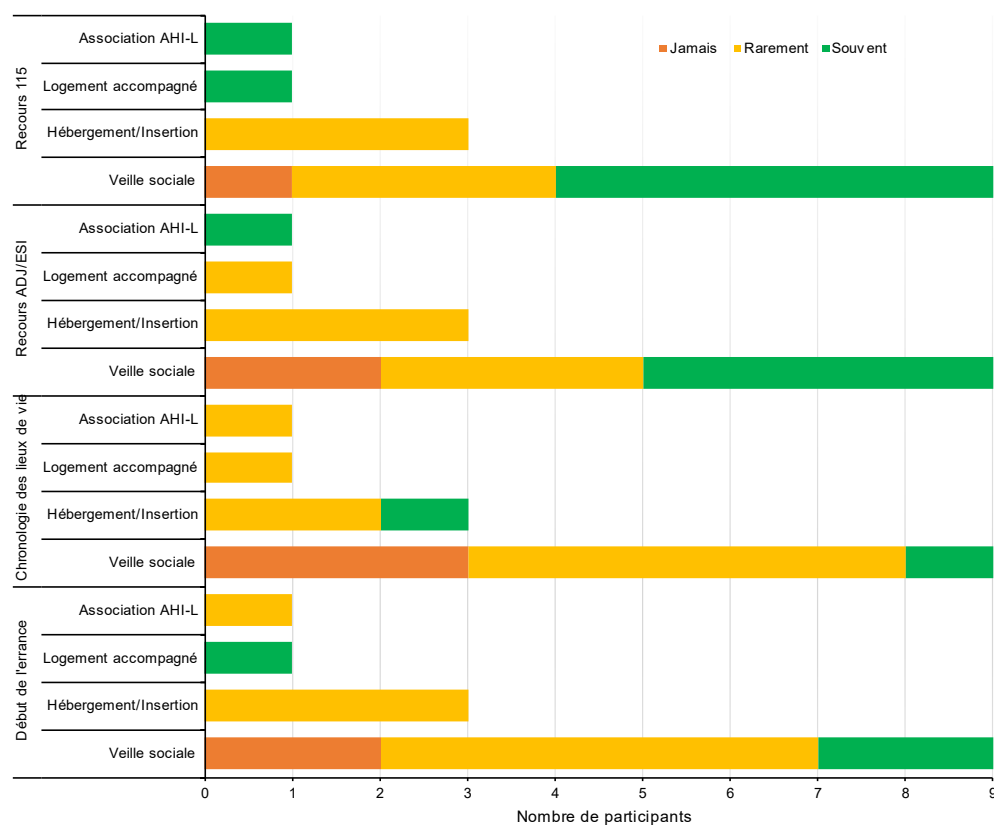
A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?

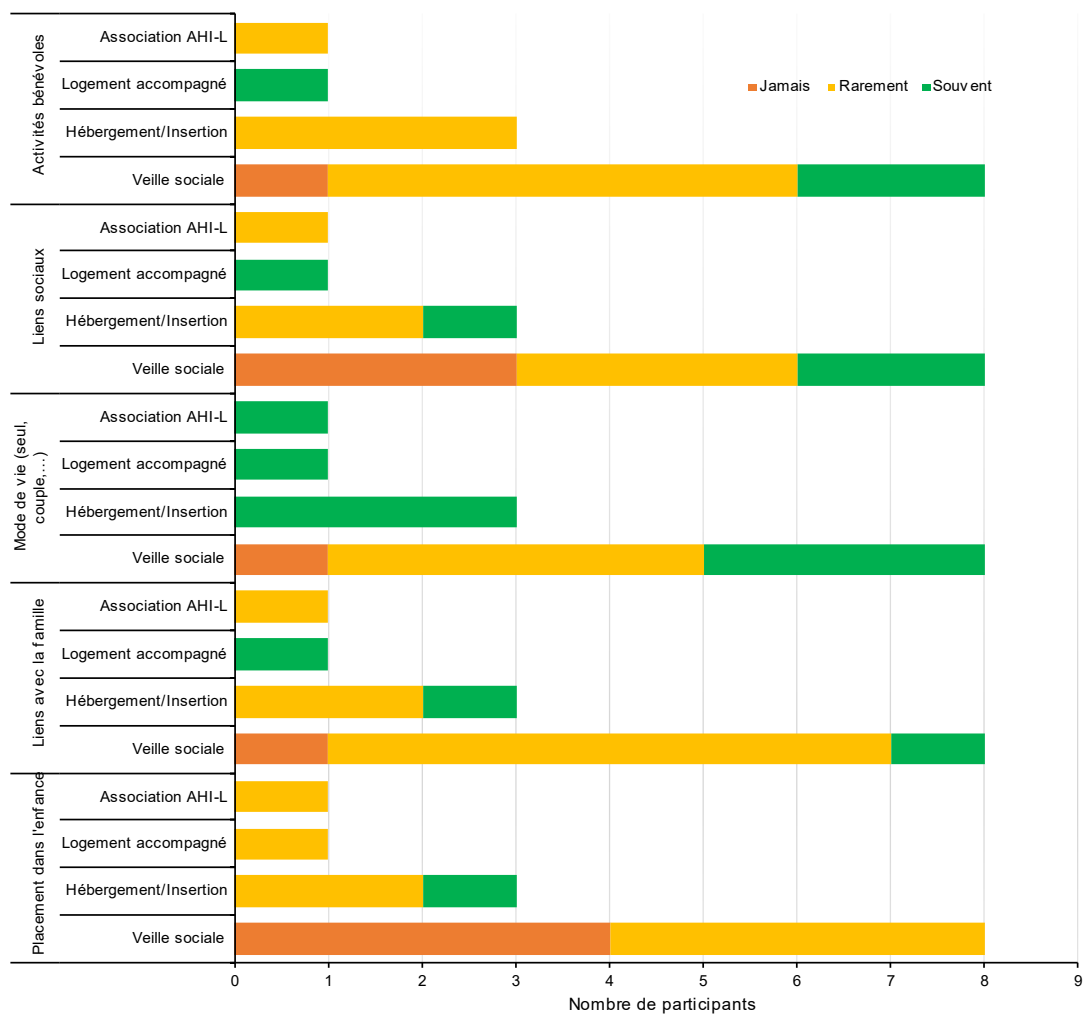
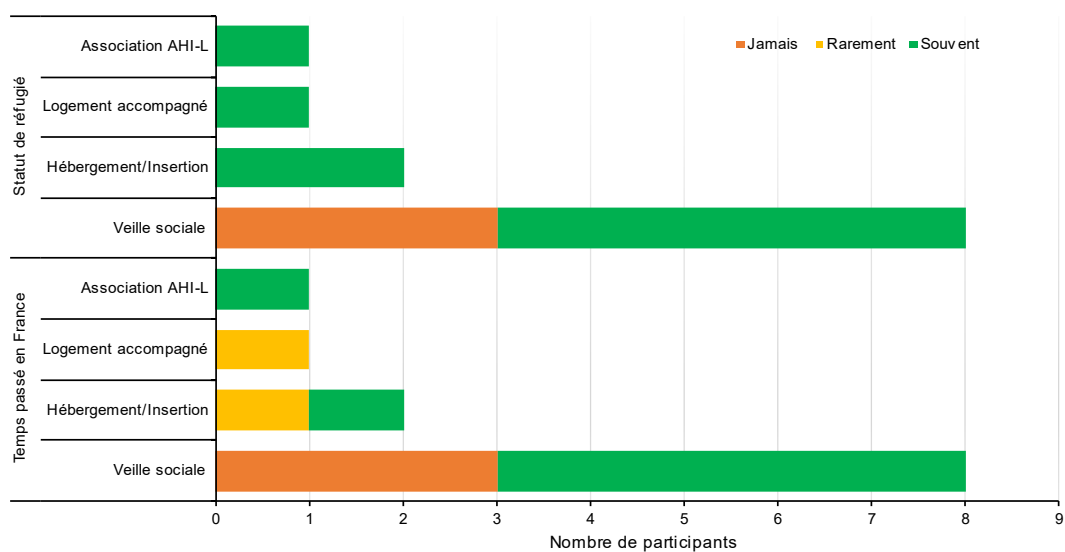
Q11 Date ou temps depuis le début de l'errance**Q12** La chronologie des lieux de vie de la personne depuis le début de l'errance (rue, hébergé par un tiers, CHU, ...)**Q13** Le recours aux Accueils de jour / ESI**Q14** Le recours à l'hébergement d'urgence, l'appel au 115**Q15** Commentaires libres

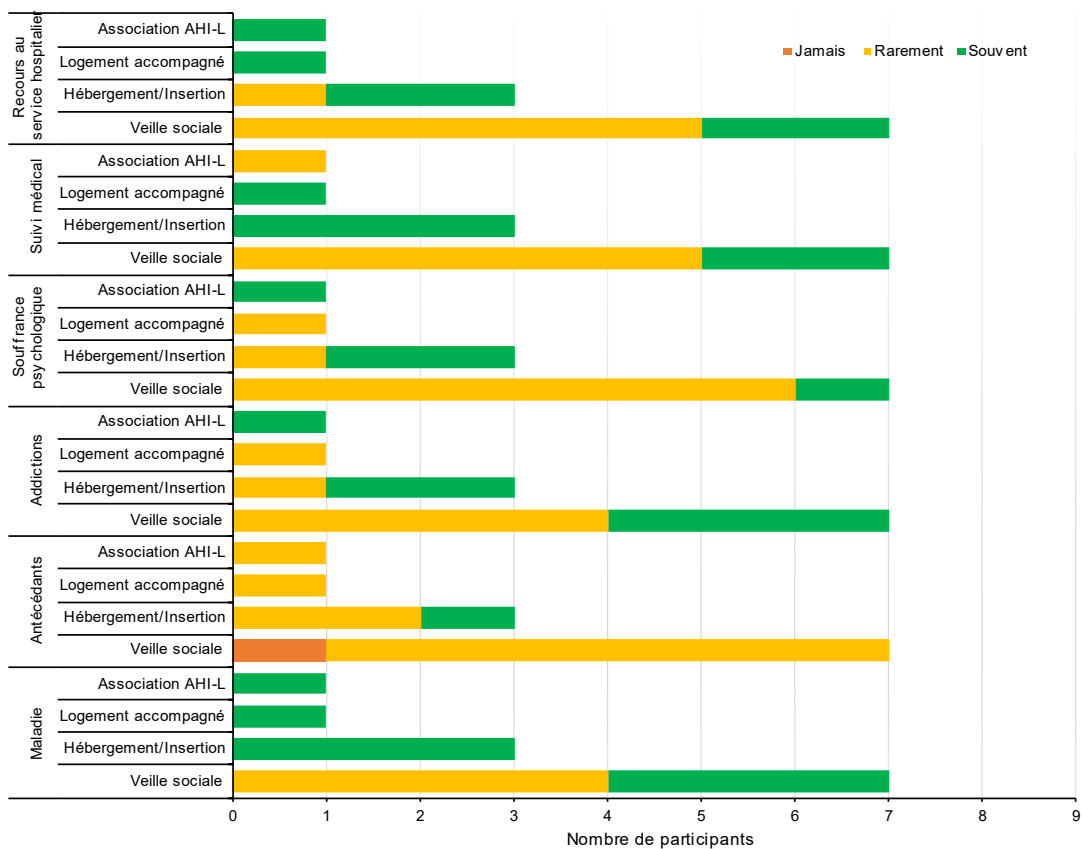
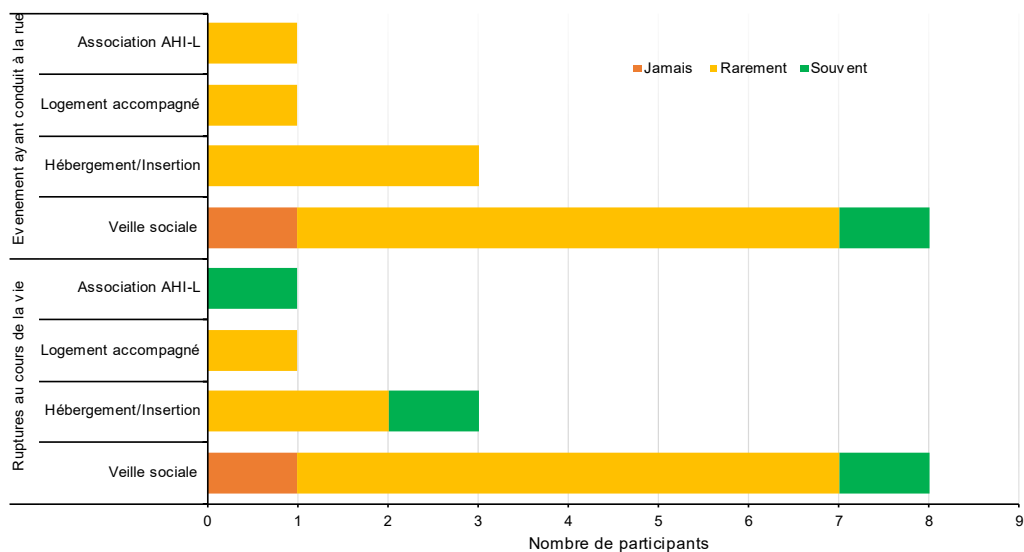
BLOC C	Éléments portant sur la situation administrative du bénéficiaire Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné. A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?
Q16	L'existence de mesures de protection judiciaire (curatelle, sauvegarde de justice, ...)
Q17	L'existence d'une domiciliation administrative
Q18	L'existence d'une couverture maladie
Q19	L'existence de revenus
Q20	Le niveau d'étude
Q21	Les démarches déjà réalisées ou en cours (papier d'identité, dispositifs de droits communs, demande de logement, ...)
	Lorsqu'il s'agit de personnes migrantes, à quelle fréquence obtenez-vous les informations
Q22	Date ou le temps passé en France
Q23	L'obtention ou non du statut de réfugié ou d'une carte de résident
Q24	Commentaires libres
BLOC D	Éléments portant sur l'enfance et la famille du bénéficiaire Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné. A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?
Q25	L'existence d'un placement (ASE) durant l'enfance?
Q26	L'existence de liens réguliers ou non avec la famille
Q27	Le mode de vie (seul, en couple, en couple avec enfant)
Q28	L'existence de liens avec d'autres bénéficiaires, avec le voisinage, avec d'autres acteurs de l'AHJ
Q29	L'implication dans des activités bénévoles
Q30	Commentaires libres
BLOC E	Éléments portant sur les ruptures et événements vécus par le bénéficiaire Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné. A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?
Q31	Les différentes ruptures rencontrées au cours de la vie de la personne (deuil, séparation, déménagement, violences, ...)
Q32	Le ou les événements ayant conduit à la rue
Q33	Commentaires libres
BLOC F	Éléments portant sur la santé du bénéficiaire Si vous ne recherchez jamais un des items proposés, sélectionner la première option de la ligne "NC" pour Non Concerné. A quelle fréquence obtenez-vous les informations suivantes?
Q34	L'existence de maladie(s)
Q35	L'existence d'antécédents de santé
Q36	L'existence d'addictions
Q37	L'existence de souffrance psychologique
Q38	L'existence d'un suivi médical
Q39	Le recours au service hospitalier (urgence, hospitalisation)
Q40	Commentaires libres
	FIN

Annexe 3 – Résultats complémentaires de l'enquête COLCA









Annexe 4 – Questionnaire COLAX

ENQUETE COLAX	
Q1	Où exercez-vous: institution, organisation, association, autre?
	1 Institution 2 Organisation 3 Association 4 Si autre, merci de préciser:
Q2	Dans quelle région est implantée votre structure?
	1 Auvergne Rhône Alpes 2 Bourgogne Franche Comté 3 Bretagne 4 Centre Val de Loire 5 Corse 6 Grand Est 7 Guadeloupe 8 Guyane 9 Hauts de France 10 Ile de France 11 La Réunion 12 Martinique 13 Mayotte 14 Normandie 15 Nouvelle Aquitaine 16 Occitanie 17 Pays de la Loire 18 Provence Alpes Côte d'Azur
Q3	A quel échelon territorial, intervenez-vous ?
	1 National 2 Régional 3 Départemental 4 Local 5 Autre, merci de préciser:
Q4	Dans quelle type de structure exercez-vous?
	1 Équipe mobile (EMA, EMPP, ...) 2 Samu social / Maraudes 3 Accueil de jour / Espace Solidarité Insertion 4 Hébergement / Insertion (CHU, CHRS, CADA, HUDA, Hôtel social, ...) 5 Logement accompagné (maisons relais, pensions de famille, résidence sociale, intermédiation locative...) 6 Structures médico-sociales (ACT, LAM, LHSS, Foyer médical, maison médicalisée) 7 SIAO/115 8 CCAS/CIAS 9 Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) 10 Si autre, merci de préciser:
Q5	Dans cette structure, quel est votre statut:
	1 Bénévole 2 Salarié.e 3 Si autre, merci de préciser:

Q6 Quelle est votre fonction dans cette structure ?

- 1 Directeur.trice
- 2 Chef.fe de service
- 3 Coordinateur.trice
- 4 Travailleur.se social
- 5 Educateur.trice
- 6 Professionnel.le de santé
- 7 Si autre, merci de préciser :

Q7 Lorsque vous apprenez un décès, par quel(s) moyen(s) le signalez vous au Collectif ?

- 1 La fiche de signalement que je remplis et envoi par mail
- 2 La fiche de signalement que je remplis directement en ligne
- 3 La ligne téléphonique du Collectif
- 4 L'adresse mail du CMDR en rédigeant un courrier libre
- 5 Le compte Twitter® du CMDR, en envoyant un message privé
- 6 Le compte Facebook® du CMDR, en envoyant un message privé
- 7 Si autre, merci de préciser :

Q7=1 ou 2 >> Q17

Q7=3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 >> Q8

Q8 à Q16 Pour chaque affirmation, il est demandé de quantifier le niveau d'approbation selon l'échelle suivante:

(0) Pas du tout / (1) Un peu / (2) Moyennement d'accord / (3) Oui / (4) Tout à fait / (5) Ne sait pas

Q8 Lorsque le décès d'une personne sans domicile vous est rapporté, il vous est facile de le signaler au CMDR.

Q9 Précisez les arguments quant à votre notation

Q10 Je suis souvent dérangé par le Collectif les Morts de la Rue pour des précisions ou des questions quand je signale un décès.

Q11 Précisez les arguments quant à votre notation

Q12 J'oublie parfois de signaler au CMDR les décès que l'on m'a rapportés.

Q13 Précisez les arguments quant à votre notation

Q14 Lorsque le CMDR me recontacte pour un décès, je ne peux pas répondre à leur enquête pour des raisons de secret professionnel.

Q15 Précisez les arguments quant à votre notation

Q16 Vous n'utilisez pas la fiche de signalement. Pouvez-vous nous en préciser les raisons?

- 1 Je ne connais pas cette fiche
- 2 Je la connais mais elle n'est pas pratique (trop d'informations à compléter)
- 3 Je la connais mais je ne sais pas où la trouver quand j'en ai besoin
- 4 Je la connais mais c'est plus simple d'appeler ou d'envoyer un mail
- 5 Je fais plutôt des signalements groupés et c'est plus simple d'utiliser un autre support que la fiche de signalement
- 6 Si autre, préciser dans ce cas :

Q16 >> Q31

Q17 à Q31 Pour chaque affirmation, il est demandé de quantifier le niveau d'approbation selon l'échelle suivante:

(0) Pas du tout / (1) Un peu / (2) Moyennement d'accord / (3) Oui / (4) Tout à fait / (5) Ne sait pas

Q17	Lorsque le décès d'une personne sans domicile vous est rapporté, il vous est facile de le signaler au CMDR.
Q18	Précisez les arguments quant à votre notation
Q19	Le temps consacré à remplir la fiche de signalement est acceptable.
Q20	Précisez les arguments quant à votre notation
Q21	Les éléments demandés sur la fiche de signalement sont trop nombreux.
Q22	Précisez les arguments quant à votre notation
Q23	Je suis souvent dérangé par le Collectif les Morts de la Rue pour des précisions ou des questions quand je signale un décès.
Q24	Précisez les arguments quant à votre notation
Q25	Je ne remplis pas toutes les informations demandées car cela me prendrait trop de temps.
Q26	Précisez les arguments quant à votre notation.
Q27	J'oublie parfois de signaler au CMDR les décès que l'on m'a rapporté.
Q28	Précisez les arguments quant à votre notation
Q29	Lorsque le CMDR me recontacte pour un décès, je ne peux pas répondre à leur enquête pour des raisons de secret professionnel.
Q30	Précisez les arguments quant à votre notation Q30 >> Q31
Q31	A partir de l'instant où vous apprenez un décès, à quelles contraintes ou freins êtes-vous confronté.es pour le signaler au CMDR ?
Q32	A ce jour, quels sont les moyens qui vous facilitent le signalement des décès au Collectif ?
Q33	Quelles sont les recommandations ou conseils que vous pourriez formuler afin d'améliorer le signalement des décès des personnes sans domicile au CMDR ?
Q34	Acceptez-vous d'être recontacté.e pour approfondir certaines réponses fournies ? 1 Oui 2 Non Q34=1 >> Q35 Q34=2 >> FIN
Q35	Votre nom :
Q36	Votre prénom :
Q37	Votre numéro de téléphone :
Q38	Votre adresse mail :
Q39	Quel est le meilleur moyen de vous joindre ? 1 Téléphone 2 Mail 3 + réponses multiples
Q40	A quel moment de la journée, seriez-vous disponible ? 1 Matin 2 Entre midi et deux 3 Après-midi 4 Soirée FIN

CHAPITRE 3 - LES ENQUETES COLTS ET BECOL

Agir avec et pour le Collectif Les Morts de la Rue : enquête qualitative auprès des enquêteurs bénévoles du projet D&D et des acteurs du secteur de l'AHI-L contribuant à l'enquête

TABLE DES MATIERES DU CHAPITRE 3

INTRODUCTION	179
METHODOLOGIE	179
LA PHASE AMONT DE PROSPECTION DES STRUCTURES RESSOURCES	180
Les objectifs : confirmation de l'identité, recherche de structures et prise de contact.....	180
La prospection, un travail d'investigation croisant différentes sources	180
Les facteurs de fragilisation de la prospection.....	180
LES MODALITES DE PASSATION DE L'ENTRETIEN	181
Les objectifs épidémiologiques, sociologiques et mémoriels	181
Les principes structurants de l'entretien valorisés.....	181
Les freins au recueil de données et l'adaptation des pratiques	184
Les freins externes liés au suivi intervenant / bénéficiaire	184
Les freins externes liés au parcours de la personne sans chez soi.....	184
Les freins internes contournés par les bénévoles	184
LE RETENTISSEMENT EMOTIONNEL LIE A L'ENQUETE	185
Un retentissement lié aux pratiques, entre appréhension et satisfaction	185
La phase de prospection, entre attrait et essoufflement	185
La réalisation de l'entretien, potentielle source d'appréhension	185
La réalisation de l'entretien, source de satisfaction	185
Les différents facteurs de retentissement émotionnel.....	185
Les stratégies de gestion : entre mise à distance et empathie	187
Une recherche de la « juste distance »	187
Une mise à distance variable en fonction des bénévoles.....	187
Une gestion du retentissement qui reste à institutionnaliser.....	189
LA PERCEPTION DE L'UTILITE.....	189
L'utilité de l'entretien : le volet scientifique, mémoriel et le soutien moral.....	189
La démarche du collectif, plébiscitée	190
Les enjeux de l'action du collectif.....	191
LA FORMULATION DE PISTES DE REFLEXION	192
La phase de prospection : l'optimisation de la prise de contact.....	192
La réalisation de l'entretien : le renforcement de l'outillage existant.....	193
La gestion du retentissement : la mise en place de partage d'expériences.....	194
ANNEXES	195
Annexe 1 – Description des acteurs du dispositif de surveillance	195
Annexe 2 – Macro-processus du dispositif de surveillance	196
Annexe 3 – Processus du recueil de données par les bénévoles	197
Annexe 4 – Tableau des acteurs ayant contribué à l'étude qualitative.....	198
Annexe 5 – Guides d'entretien bénévoles et intervenants ressources	199

INTRODUCTION

Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR), association créée en 2003 a pour mission de mettre en lumière les décès des personnes sans chez soi, de veiller à la dignité de leurs funérailles et de soutenir les proches et acteurs en deuil. Dans ce cadre, le CMDR s'est doté d'un dispositif de surveillance⁶⁷ de la mortalité des personnes sans chez soi à travers une enquête qui vise à répondre à un double objectif : **recenser les décès de personnes sans chez soi sur l'ensemble du territoire français et recueillir des informations sur leur profil, leur parcours de vie et les causes de décès.**

Pour répondre à ce double objectif de dénombrement et description, un processus⁶⁸ en trois temps est à l'œuvre : **signalement, recueil de données et analyse.** A la suite du signalement d'un décès, la collecte de données menée par une équipe de bénévoles est composée de deux phases⁶⁹ : la phase de prospection des structures « ressources » ayant connu la personne sans chez soi et la phase de passation d'entretiens avec les intervenants des structures, à l'aune d'un questionnaire standardisé. Les domaines d'intervention de celles-ci sont de nature variée : hébergement, logement, santé, administrative. Le profil des intervenants est essentiellement composé d'acteurs du médico-social.

Si la base de données du CMDR est à ce jour la plus exhaustive au niveau national, elle n'est pas pour autant complète. En effet, les informations relatives au parcours de vie font face à un nombre élevé de données manquantes limitant une description plus précise. **Fort de ce constat, le CMDR a souhaité engager, à son initiative, une évaluation du système de surveillance et une réflexion sur les éventuels points d'amélioration, du point de vue des parties prenantes. Différentes enquêtes ont ainsi été mises en œuvre, certaines quantitatives, d'autres qualitatives.**

METHODOLOGIE

Le présent document constitue la synthèse d'une étude qualitative (le rapport complet est accessible au CMDR). Celle-ci a eu pour objectifs d'analyser l'acceptabilité, le retentissement et l'utilité de l'enquête Dénombrer et Décrire (D&D) du point de vue des bénévoles chargés de la passation des entretiens avec les structures ressources (BECOL), mais aussi du point de vue des intervenants répondants (COLTS).

L'analyse vise à saisir la compréhension des usages de l'enquête Dénombrer et Décrire et des représentations associées. Dans cette perspective, des entretiens semi-directifs ont été privilégiés afin de recueillir le retour d'expérience des acteurs : 9 entretiens auprès de bénévoles et 3 auprès des intervenants répondant à l'enquête⁷⁰. Un guide d'entretien⁷¹ a préalablement été élaboré afin d'orienter les échanges avec les acteurs autour des thèmes suivants : facteurs de l'investissement dans la démarche, pratique et acceptabilité de l'entretien et du questionnaire, retentissement émotionnel de l'enquête et perception de l'utilité des missions et du rapport. Le terrain effectif sur lequel se base la majeure partie de l'analyse a été effectué entre juin 2021 et juillet 2022.

L'analyse du dispositif de surveillance est ici travaillée au prisme d'une analyse microsociologique : les entretiens approfondis permettent de restituer des pratiques et expériences concrètes, de les remettre en perspective avec l'organisation. Cette analyse constitue une étude qualitative exploratoire pour dégager des premiers enseignements et formuler des pistes de réflexion.

⁶⁷ Annexe 1 - Description des acteurs du dispositif de surveillance

⁶⁸ Annexe 2 - Macro-processus du dispositif de surveillance

⁶⁹ Annexe 3 - Processus du recueil de données par les bénévoles

⁷⁰ Annexe 4 - Tableau des acteurs ayant contribué à l'étude qualitative

⁷¹ Annexe 5 - Guides d'entretien bénévoles et intervenants ressources

LA PHASE AMONT DE PROSPECTION DES STRUCTURES RESSOURCES

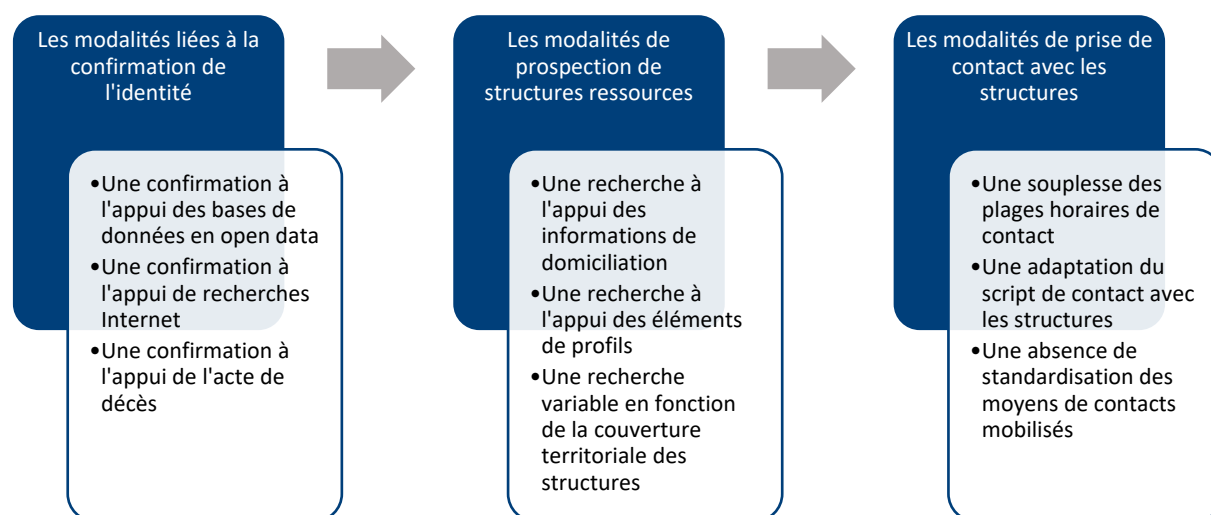
Les objectifs : confirmation de l'identité, recherche de structures et prise de contact

Dans l'objectif d'assurer le recensement des décès des personnes sans chez soi, le collectif a élaboré un processus de signalement s'appuyant sur un canal entrant à travers une déclaration par des sources externes variées (associative, institutionnelle, médiatique et celle des particuliers) et un canal sortant à travers la réalisation d'une veille informationnelle (presse, médias).

A la suite du recensement d'un décès, les objectifs constitutifs de la phase de prospection sont les suivants : la confirmation de l'identité de la personne sans chez soi, la recherche de structures ressources ayant pu la connaître et la prise de contact avec celles-ci dans la perspective de réaliser l'entretien approfondi. Pour ce faire, une organisation interne s'est structurée autour d'une répartition régionale des bénévoles.

La prospection, un travail d'investigation croisant différentes sources

L'analyse a permis de mettre en lumière les pratiques de recherche mobilisées par les bénévoles. La prospection des structures constitue un travail d'investigation mobilisant des sources de nature variée :



La prospection va varier en fonction de la taille de la commune, de la présence et de la densité de structures présentes sur le territoire. **Ainsi, les pratiques peuvent être contrastées en fonction des zones d'intervention du bénévole et de la densité de structures présentes sur le territoire.**

Les facteurs de fragilisation de la prospection

L'analyse des perceptions a permis d'identifier plusieurs facteurs de fragilisation de la prospection :

- ♦ **Le manque d'informations du signalement** : l'exhaustivité des données reste variable en fonction des sources et des informations à disposition des structures. Le caractère sommaire du signalement peut constituer un frein dans le cadre de la prospection menée.
- ♦ **L'importance de la volumétrie des signalements** : le nombre conséquent de signalements reçus entre décembre et mars impacte la prise en charge des dossiers. Cette situation peut constituer un frein à l'approfondissement de la recherche et à l'exploration des différentes sources sur cette période clé.

- ♦ **La faible notoriété du collectif** : les incertitudes portant sur le cadre réglementaire et éthique du partage de données (RGPD, données personnelles) questionnent les structures quant à leur participation à l'enquête, principalement en raison de leur méconnaissance du collectif. Par ailleurs, certaines professions soumises au secret professionnel (assistants sociaux, professionnels de santé ...) questionnent le partage d'informations.

LES MODALITES DE PASSATION DE L'ENTRETIEN

Les objectifs épidémiologiques, sociologiques et mémoriels

Une fois la phase de prospection réalisée, vient la phase de réalisation de l'entretien approfondi. Les objectifs constitutifs de l'entretien recouvrent différentes dimensions valorisées par les acteurs.

- ♦ **Une dimension épidémiologique** pour collecter les données quantitatives, en permettre une analyse statistique pertinente et nourrir la démarche du rapport.
- ♦ **Une dimension sociologique** pour recueillir les parcours et prendre en compte leur complexité. L'entretien vise une reconstitution des trajectoires, en retraçant leur singularité.
- ♦ **Une dimension mémorielle** pour témoigner en faveur des personnes sans chez soi, pour conserver une trace écrite et alimenter l'hommage annuel rendu.

Les principes structurants de l'entretien valorisés

Pour répondre aux objectifs de l'entretien, différents principes structurants sont identifiés par les acteurs.

♦ *L'introduction sous l'angle de la nature du suivi avec le bénéficiaire*

L'entretien questionne en premier lieu la nature du lien entre l'intervenant ressource et la personne sans chez soi. Cette entrée en matière permet d'une part à l'intervenant de qualifier le suivi et d'autre part au bénéficiaire d'appréhender la nature de l'entretien.

« J'ai l'impression que l'axe du suivi permet d'aborder plus facilement le sujet, ils nous disent « nous on l'a pris en charge dans tel cadre » et ensuite ils vont parler d'autres sujets. »
Anna, bénévole.

♦ *La progressivité des thématiques abordées : du général à l'intime*

Les premières thématiques questionnées sont celles autour du parcours d'hébergement. Le parcours est appréhendé de manière antéchronologique : du plus récent au plus ancien. Les bénévoles « remontent dans le passé » avec un recueil des informations les plus délicates plutôt en fin d'entretien.

« On abordait plutôt le parcours de vie de la personne, elle était hébergée là, depuis combien de temps, pour quelles raisons, est-ce qu'elle travaillait, puis on pouvait arriver à la famille. Les questions autour de la santé et du décès arrivaient dans un deuxième temps. » **Frédéric, bénévole.**

♦ *Le suivi du fil de l'échange et du discours de l'intervenant ressource*

L'entretien se situe dans un échange libre et le questionnaire n'est pas appliqué de manière mécanique. Une approche ouverte est mise en œuvre à l'aune des thématiques du questionnaire tout en se centrant sur le discours et les propos de l'intervenant ressource.

« On ne pose pas les questions les unes après les autres. Le questionnaire c'est un support. J'essaie de remplir un maximum de cases, mais je ne le présente pas comme un questionnaire, c'est une conversation. » **Claude, bénévole.**

♦ *La création d'un espace libre d'écoute avec le recueil d'anecdotes*

L'entretien vise à laisser un espace au recueil d'anecdotes et/ou d'éléments sur la personnalité de la personne sans chez soi. Cet élément permet de personnifier les éléments relatifs au récit.

« La technique d'entretien, c'est aussi laisser du temps entre les questions. Il faut laisser les gens parler, les laisser parler du vécu de la personne, sa vie. » **Nathalie, bénévole.**

♦ *L'adoption d'une posture compréhensive et empathique*

L'adoption d'une posture compréhensive et empathique se traduit par une écoute attentive et soutenue. Cette pratique doit permettre de poser les questions sans interférer.

« L'entretien, je suis dans du tâtonnement. J'essaie de voir comment la personne réagit. J'essaie de mener l'entretien en étant le plus discret possible, je n'ai pas envie de dicter ce que la personne va dire et j'essaie de laisser la place. » **Adrien, bénévole.**

Si les pratiques restent variables d'un bénévole à l'autre, des principes structurants sont identifiés. Ainsi, l'entretien ne constitue donc pas une application stricte du questionnaire au cours duquel le bénévole pose une série de questions sans laisser l'intervenant ressource libre de s'exprimer et développer les éléments de parcours. L'objectif est donc bien de pouvoir s'adapter à l'intervenant ressource, à son positionnement et son éventuel ressenti. D'après les bénévoles, les principes structurants représentent des leviers favorisant la richesse et la densité de l'information collectée. Cette approche permet d'appréhender le parcours de la personne sans chez soi dans sa globalité.

ILLUSTRATION DU POINT DE VUE DES ACTEURS

D'après les intervenants enquêtés, l'entretien n'a pas été appréhendé comme un questionnaire et a été vécu comme « une conversation, un échange ». L'approche compréhensive du collectif et du bénévole concernant le parcours du défunt est valorisée

« Alors, je dirai plutôt sous la forme d'un échange. J'ai le souvenir d'un échange fluide... C'est compliqué parce que nous les personnes que l'on accompagne, c'est ce qui fait leur isolement aussi, elles ont des parcours de vie chaotiques... Donc il n'y a pas forcément de chronologie, l'entretien ne peut pas se faire en mode « alors qu'est-ce qu'il faisait et après... » ... Il n'y a pas de chronologie. Donc je ne l'ai pas vécu comme un entretien, je l'ai vraiment vécu comme un échange avec quelqu'un qui avait envie de comprendre le parcours de la personne et comment elle en était venue à décéder sur un lieu collectif, sans entourage. » **Esther, assistante sociale.**

Certains intervenants qualifient l'entretien « d'échanges libres ». Ainsi, le discours suivant met en évidence la fluidité de l'entretien permettant à l'intervenant « d'ajouter des éléments ».

« Les questions étaient intéressantes et l'entretien aussi. J'ai senti l'échange libre. Je ne me souviens plus trop des questions mais je me suis senti libre d'ajouter des éléments. J'ai trouvé les questions pertinentes, je n'ai rien à dire. » **Olivier, éducateur spécialisé**

Edgard, 30 ans

Edgard, avait été militaire dans une ancienne vie. Il était bon vivant, une véritable force de la nature, rigolo. Il était toujours bienveillant avec les nouvelles personnes qui venaient à la soupe. Mais excessif, il finissait par se faire rejeter.

Edgard avait fait appel au 115 une première fois cette année. Mais il n'y avait pas eu de suite.

Edgard est décédé de mort violente sans que l'on puisse savoir précisément si c'était un suicide ou un accident. C'était à l'automne.

Les freins au recueil de données et l'adaptation des pratiques

Les freins externes liés au suivi intervenant / bénéficiaire

Si les principes structurants sont considérés par les acteurs comme pouvant avoir un effet levier sur la richesse de l'entretien, le recueil des informations lors de l'entretien est inhérent aux informations détenues par la structure. L'exhaustivité des données, le renseignement du nombre de variables, la reconstitution de la trajectoire et des étapes antérieures, le recueil d'anecdotes et de récits vont varier en fonction de différents facteurs :

- *Le degré de connaissance de l'intervenant*
- *La durée du suivi du bénéficiaire (ponctuelle ou régulière)*
- *La nature du lien établi avec le bénéficiaire*
- *Le type de prise en charge, directe ou indirecte (prise en charge par des collègues)*

Les freins externes liés au parcours de la personne sans chez soi

Le recueil d'informations se révèle fragilisé par la nature des parcours des personnes sans chez soi, parcours souvent morcelés, fragmentés. La reconstitution est le reflet de la complexité des situations et de la vulnérabilité des personnes. Le recueil est notamment fragilisé par le caractère rétrospectif et le fait que l'entretien soit mené auprès de tiers.

- *Les périodes d'alternance de différents types d'hébergement*
- *Les périodes d'inactivation ou de non-recours aux dispositifs existants*
- *Le cumul de problématiques (santé, addiction, logement...)*
- *Le caractère approximatif et hypothétique du parcours*

Les freins internes contournés par les bénévoles

Un double objectif est mis en évidence : collecter les réponses du questionnaire et recueillir des descriptions sur la situation des personnes sans chez soi. Un arbitrage est souvent à l'œuvre entre la recherche d'une exhaustivité et le recueil de la parole de l'intervenant. Une dualité entre dénombrer et décrire est ainsi présente. Afin de dépasser cette dualité, les bénévoles font évoluer leur pratique en continu tout au long de l'entretien pour trouver le « juste équilibre ». Ils s'autorisent ainsi à contourner le questionnaire sur différents axes : *la longueur, la chronologie, la précision de la datation et la granularité des thématiques.*

- *La longueur. Si la longueur du questionnaire est souvent présentée comme une difficulté par les bénévoles, ces derniers adaptent des stratégies de contournement en adaptant le questionnement, en éludant certaines questions.*
- *La chronologie. Les bénévoles font souvent le choix de réadapter la chronologie du questionnaire afin d'aborder en premier lieu le parcours résidentiel puis les questions plus délicates en fin d'entretien. Cet élément est mis en évidence pour les questions liées à la santé, les questions d'ordre administratives.*
- *La précision de la datation. L'obtention des informations éloignées dans le temps est rendue compliquée du fait de l'antériorité. Ainsi, le fait de retracer le parcours du plus récent au plus ancien permet aux bénévoles de contourner cette difficulté.*

Les difficultés liées au recueil de données sont à mettre en perspective avec l'exigence du questionnaire qui requiert un niveau de détail important. Ainsi, si le questionnaire peut être perçu comme un support dont les bénévoles se détachent aisément pour s'adapter au fil de l'entretien, le questionnaire peut constituer dans le même temps un facteur de mise en tension au regard de la difficulté de renseignement des différents champs.

LE RETENTISSEMENT EMOTIONNEL LIE A L'ENQUETE

Un retentissement lié aux pratiques, entre appréhension et satisfaction

La phase de prospection, entre attrait et essoufflement

Si la phase de prospection constitue aux yeux des bénévoles un travail d'investigation apprécié, les pratiques y afférentes requièrent une dépense d'énergie importante. Ainsi, différents facteurs sont susceptibles de générer un essoufflement à terme :

- *Le caractère chronophage de la recherche des structures (appels itératifs)*
- *Les refus de participation des structures ressources pour caractère sensible des données*

La réalisation de l'entretien, potentielle source d'appréhension

La réalisation de l'entretien peut générer une appréhension pour certains bénévoles. Elle peut être liée au caractère incertain de la réceptivité de l'intervenant et à l'éventuel travail de conviction à mener auprès de la structure ressource. Ainsi, différents facteurs sont mis en évidence :

- *L'accueil et la réceptivité de l'intervenant*
- *La fluidité de l'échange et du recueil*
- *La nature du sujet et des thématiques*

La réalisation de l'entretien, source de satisfaction

Une fois la réceptivité de la structure ressource acquise, la réalisation de l'entretien constitue une source de satisfaction positive et est perçue comme une « opportunité » du point de vue des bénévoles pour mener à bien leur mission première : le recueil d'informations auprès des intervenants ressources.

Les différents facteurs de retentissement émotionnel

L'analyse met en évidence que le retentissement de l'entretien sur le bénévole est étroitement lié à celui de l'intervenant ressource.

♦ *La prise de connaissance du décès au moment de l'entretien*

L'annonce éventuelle du décès apparaît comme un facteur de retentissement tant sur l'intervenant que sur le bénévole. Ce dernier peut être plus ou moins marqué en fonction du niveau de connaissance de la personne et de la nature de la prise en charge.

« L'autre difficulté, c'est appeler un travailleur social après le décès de quelqu'un qu'il suivait, il y a ceux qui sont peïnés, ceux qui s'en veulent en disant j'aurais peut-être pu faire encore quelque chose. C'était toujours un peu difficile... »

Nathalie, bénévole.

♦ *L'intervention du décès au moment du suivi*

La survenance du décès au cours de l'accompagnement effectué par l'intervenant constitue un des facteurs de retentissement. D'après les enquêtés, le décès peut être vécu comme un « sentiment d'échec ».

« Quand ils ont connu la personne pendant 10 ans et qu'elle est décédée, ils ont le sentiment que le décès parfois c'est un aveu d'échec. Et en même temps, parfois, on sent bien que l'échange n'était pas simple, les personnes posent parfois le téléphone. » **Frédéric, bénévole.**

♦ *Le caractère récent de la survenue du décès*

Le délai entre le décès et la réalisation de l'entretien va avoir un impact. Plus l'entretien intervient à proximité du décès, plus le retentissement émotionnel risque d'être important.

« Concrètement l'entretien se fait quelques temps après. Ce qui est bien aussi parce que nous comme on vit sur place, on est quand même complètement pris dedans quand même quand il y a des décès... Donc ce qui est pas mal quand même, d'être moins dans l'émotion. » **Esther, assistante sociale**

♦ *Le lien de proximité établi avec le bénéficiaire*

Le retentissement est fonction de la relation entre la personne sans domicile et l'intervenant ressource : plus une proximité avec le bénéficiaire est établie, plus l'entretien est susceptible d'avoir un impact émotionnel.

« Il y a des entretiens qui marquent. Certains entretiens étaient très émouvants. C'est vrai, on sent qu'il y a des gens qui étaient très attachés à la personne. Donc on sent, ils disent beaucoup de détails et c'est émouvant. Dans la mesure où les travailleurs sociaux sont attachés ou en parlent de façon affective. » **Claude, bénévole.**

♦ *Le profil ou la situation de la personne sans chez soi*

Certains acteurs peuvent être plus ou moins touchés par certains parcours, par des profils spécifiques ou encore par la nature des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes.

« Il y a des parcours difficiles... Des personnes qui étaient en voie de s'en sortir et finalement sont retombées... » **Claude, bénévole.**

♦ *Le contenu des anecdotes et histoires personnelles*

L'espace libre, invitant la personne à la narration et à la description d'anecdotes, peut constituer notamment un facteur de retentissement émotionnel. Le recueil d'anecdotes peut avoir un retentissement positif comme déstabilisant

« Oui, parfois c'était à la fois hyper joyeux pour eux de reparler de très bons souvenirs avec de très belles anecdotes. Parfois, c'était douloureux, mais ils le faisaient et à la fin des fins, on sentait qu'ils disaient que cela avait été bénéfique ». **Frédéric, bénévole.**

♦ *Les thématiques abordées ou les circonstances de la mort*

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi, très inférieur à celui de la population générale, et les causes de décès souvent violentes (intoxications, agressions, suicides) démontrent la vulnérabilité. Ces données peuvent notamment avoir une incidence sur le retentissement.

« Quand les circonstances du décès sont accidents, suicide, la personne a été tuée, ou overdose, on sent que chez eux, c'est compliqué. Il y a des personnes qui pleurent au téléphone. Et j'ai eu deux trois entretiens comme ça qui m'ont particulièrement marqué. » **Frédéric, bénévole.**

Les stratégies de gestion : entre mise à distance et empathie

Une recherche de la « juste distance »

Face aux facteurs de retentissement émotionnel, l'analyse met en évidence l'adoption de postures de mise à distance. Certains bénévoles présentent la recherche de la « juste distance » avec l'intervenant ressource comme composante importante de l'entretien. D'après eux, celle-ci constitue un moyen de gestion du retentissement.

- *Le cadre d'intervention* : trouver la bonne distance sans outrepasser son rôle ; être à l'écoute sans se laisser « déborder ».
- *L'atteinte de l'objectif donné* : resituer l'entretien dans un cadre professionnel.
- *Le bon positionnement* : rechercher un juste équilibre entre distance et empathie et s'adapter au retentissement émotionnel de l'intervenant.

« Je recueille une histoire. Il faut savoir se placer, ne pas être trop distante ou trop empathique. Si je vais être trop distante en posant "au fait il est mort de quoi", alors que la personne est attachée. Cela peut être difficile. Il faut bien saisir ce que la personne nous dit pour ne pas être trop dans la curiosité. Après je n'ai pas l'impression que les gens soient trop impactés. Parfois, on les appelle 6 mois après le décès. Il faut s'adapter à la personne, à son affectation, au temps qu'elle a aussi pour te répondre. Parfois eux-mêmes ont une distance. Si la personne nous paraît affectée ou si elle n'a pas le temps, on ne va pas poser les mêmes questions. » Anna, bénévole

Une mise à distance variable en fonction des bénévoles

D'après l'analyse, le retentissement émotionnel des acteurs va varier en fonction de différents facteurs : le degré d'expérience antérieure, le niveau de pratique et le rapport à la mort.

- *Le degré d'expérience antérieure* : l'expérience professionnelle ou bénévole peut permettre d'avoir un certain recul afin d'appréhender ces situations.
- *Le niveau de pratique* : l'appropriation est variable en fonction de l'ancienneté au sein du collectif.
- *Le rapport à la mort* : l'expérience de celle-ci peut soit constituer un facteur de mise à distance, soit un facteur de retentissement émotionnel.

« Je pense que mon métier de médecin m'a aidé à avoir une certaine approche. » Nathalie, bénévole.

Yvan, 28 ans

Yvan adorait les chiens et aspirait à voyager à travers le monde. Il avait suivi une formation d'électricien mais à cause d'un problème de vision, il avait dû abandonner. Souffrant d'addiction, Yvan avait débuté une prise en charge afin de se sevrer.

Il a été retrouvé inanimé dans un squat.

Une gestion du retentissement qui reste à institutionnaliser

Les facteurs de gestion de cette appréhension peuvent notamment être identifiés à travers le partage d'expériences. Au sein du collectif, les modalités de gestion du retentissement restent plutôt informelles.

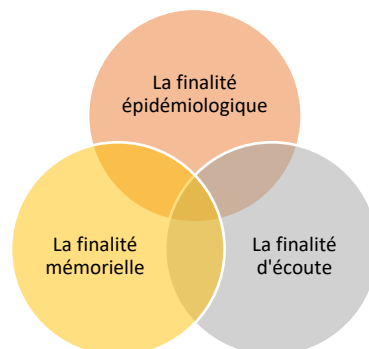
- **Le soutien lors des premiers entretiens : la réalisation des entretiens par les nouveaux bénévoles s'accompagne d'une forme de compagnonnage de la part des bénévoles plus expérimentés.**
- **Le partage d'expériences « à chaud » : le partage d'expériences est considéré comme une modalité de gestion du retentissement. Celui-ci est davantage effectué « à chaud », directement après l'appel avec les personnes en fonction de l'entretien réalisé. Ceux-ci se révèlent « utiles ».**
- **La prise en compte du retentissement de l'intervenant : l'importance « d'avancer » avec l'intervenant et d'adapter les conditions de poursuite de l'entretien est mise en évidence.**

« Ce n'est pas juste du papier, c'est quand même aller vers des questions compliquées qui peuvent déstabiliser les interlocuteurs. C'est important de voir comment c'est vécu ». Lucie, bénévole

L'analyse met en évidence une gestion du retentissement au sein du collectif plutôt informelle. Ainsi, les bénévoles évoquent plutôt un partage d'expériences « à chaud », ayant lieu juste après l'appel avec les personnes.

LA PERCEPTION DE L'UTILITE

L'utilité de l'entretien : le volet scientifique, mémoriel et le soutien moral



♦ *Le volet scientifique*

Les acteurs, tant bénévoles qu'intervenants ressources, valorisent la finalité épidémiologique de la démarche d'entretien. D'après eux, leur action contribue d'une part à rendre visible la vulnérabilité des personnes sans chez soi et, d'autre part, à améliorer la connaissance de la mortalité de ce public. Ainsi, leur participation permet d'alimenter la consolidation des données scientifiques.

« Je pense être convaincu de l'intérêt de la démarche, avec le sentiment d'avoir fait quelque chose de chouette par rapport à l'enquête en tant que telle et aussi des contacts que j'ai pu avoir via les entretiens. C'était riche pour moi à titre personnel, clairement. Je suis arrivé un peu par hasard sur cette thématique et à la cause défendue par le collectif. Un an après je suis plus convaincu que jamais, plus qu'au début. C'est plus positif. Je suis conscient des enjeux et des difficultés de la démarche. » Frédéric, bénévole

♦ *Le volet mémoriel*

Au-delà des chiffres, une sensibilité à la description des trajectoires est mise en lumière. Le recueil d'anecdotes, de descriptions relatives à la personnalité des personnes sans chez soi est particulièrement valorisé puisqu'il participe directement au travail mémoriel. Leur démarche permet de « rendre visibles » les personnes sans chez soi et de contribuer à alimenter leur souvenir. Les bénévoles mettent en évidence « une fierté » à réaliser cette mission.

*« J'ai l'impression que ce que l'on fait, c'est rendre visibles des gens qui seraient peut-être totalement passés sous les radars et c'est important que les gens sachent que cela existe. Je suis fier de ce que je fais ici, j'ai vraiment l'impression de contribuer à faire quelque chose d'utile. » **Adrien, bénévole***

♦ *Le soutien moral*

Face à la complexité des situations et aux facteurs de retentissement émotionnel, l'entretien offre un espace d'échanges et d'écoute. Celui-ci permet une écoute psychologique quant au deuil et à l'éventuel sentiment d'échec. Le caractère utile de l'entretien ressort en filigrane. Celui-ci constitue une composante forte de l'engagement et de la participation des acteurs.

*« Globalement, ce que j'ai ressenti certains ne voulaient pas trop en parler et finalement ils percevaient plutôt bien le fait de pouvoir parler de la personne qu'ils avaient connue, le partage de cet événement. » **Nathalie, bénévole***

La démarche du collectif, plébiscitée

♦ *La démarche épidémiologique à travers l'élaboration du rapport Dénombrer et décrire*

Pour les acteurs, le recensement des décès de personnes sans chez soi est rendu possible à travers l'action du collectif. Celle-ci permet d'objectiver le phénomène de la mortalité des personnes sans chez soi, de la quantifier et de la décrire. Le caractère scientifique de la démarche est au service de l'action de plaidoyer.

*« C'est important, c'est une lumière sur des situations de vie dont on ne parle pas ou très peu. De mettre en lumière cette réalité, je trouve que c'est intéressant. Ça me paraît important de s'intéresser à ces situations-là, pour aussi évaluer la dangerosité de la vie dans la rue et que l'espérance de vie diminue énormément quand on vit dans la rue. » **Olivier, éducateur spécialisé***

♦ *La démarche militante à travers l'action de plaidoyer auprès des institutions*

Le recours aux indicateurs épidémiologiques, aux « preuves » est valorisé par les acteurs. Les données scientifiques permettent de sensibiliser et mobiliser les citoyens et décideurs sur le sujet, de renforcer les positions du collectif et les propositions de changements pour une meilleure prise en compte de la situation.

*« Oui clairement, j'ai l'impression que c'est un peu la seule démarche de plaidoyer auprès des ministères. J'ai l'impression qu'il n'y a aucune alternative aujourd'hui. » **Frédéric, bénévole.***

♦ *La démarche mémorielle à travers la réalisation de l'hommage national annuel*

La démarche mémorielle est valorisée afin de rendre visibles les différentes situations à travers les récits de vie et les témoignages. L'intérêt perçu par les acteurs est notamment de « nommer » les personnes sans chez soi décédées dans la perspective de leur rendre hommage.

« Donc je trouvais cela intéressant qu'il y ait un collectif qui prenne le soin et le temps de recueillir le parcours de ces gens-là pour comprendre aussi pourquoi ils étaient aussi seuls. Et aussi pour les nommer au moment des cérémonies annuelles. » Esther, assistante sociale

Les enjeux de l'action du collectif

♦ *La notoriété du collectif au sein de l'écosystème*

Pour les acteurs, un des constats souvent partagés reste la variabilité de la notoriété du collectif auprès de l'écosystème. Les facteurs explicatifs avancés sont la multiplicité de structures ressources potentielles et la forte mobilité interne.

« Moi je trouve ça génial qu'il y ait tout un collectif qui soit intéressant et partant pour faire remonter les situations de morts à la rue et faire remonter les témoignages. Après, je trouve que finalement cela reste méconnu. » Esther, assistante sociale

♦ *La communication plus régulière sur le sujet*

Les acteurs regrettent une mise en lumière saisonnière du sujet. Pourtant, les constats confirment l'absence de saisonnalité dans l'observation des décès des personnes sans chez soi. Une communication régulière sur les conditions de vie apparaît alors comme enjeu.

« J'ai l'impression que lorsque des actions sont menées, il y a un écho médiatique le temps de... Au long cours, est-ce que cela fait vraiment bouger les choses, je n'en sais rien... Une communication plus régulière serait intéressante. » Frédéric, bénévole.

♦ *La valorisation de la démarche et de sensibilisation*

Les acteurs soulignent l'importance de sensibiliser aux recommandations effectuées par le collectif : amélioration de l'accès aux dispositifs de droit commun, renforcement des programmes existants et développement de l'accompagnement médico-social.

« La démarche est intéressante. Après, je ne sais pas bien quel est l'impact plus global. Je suis assistante sociale, je travaille avec le public SDF depuis des années, je suis bénévole dans une association. Je suis déjà dedans... Je ne sais pas sur l'impact... Cela pourrait être davantage visible. » Esther, assistante sociale

LA FORMULATION DE PISTES DE REFLEXION

Si la démarche de surveillance est plébiscitée par les différents acteurs, sa mise en œuvre invite à s'interroger sur les axes d'amélioration.

La phase de prospection : l'optimisation de la prise de contact

Axes	Pistes de réflexion
 Maintenir la structuration et l'organisation en place	L'objectif est de poursuivre la structuration de l'activité : l'affectation des bénévoles par territoire et le passage de relais. Face à la multiplicité des potentielles structures ressources, l'animation du réseau pourrait être renforcée afin d'améliorer la visibilité de l'écosystème. ➤ Une répartition régionale pour favoriser la connaissance de l'écosystème L'affectation de bénévoles par région présente pour intérêt d'impliquer le bénévole sur un territoire donné, de lui permettre de s'approprier le maillage du réseau de structures en place et de faciliter le travail d'identification des structures. ➤ Une organisation pour assurer une continuité de l'activité L'organisation mise en place permet d'assurer une continuité de l'activité de prospection et un passage de relais dans la prise de contact pour s'adapter aux disponibilités des intervenants ressources pour la réalisation de l'entretien. ➤ Une animation du réseau de structures pour impliquer les bénévoles L'animation du réseau de structures ressources pourrait être renforcée pour favoriser la création de liens privilégiés avec les structures et permettre également une implication des bénévoles sur des actions complémentaires (participation à des réunions avec les structures et organisation de rencontres).
 Renforcer la dynamique partenariale engagée	L'objectif est de renforcer la dynamique partenariale engagée par l'équipe permanente et l'épidémiologiste. Celle-ci, très valorisée, constitue un fort levier pour le recueil de données. Plusieurs types de partenariats pourraient être formalisés : promotion ou partage de données. ➤ Une sensibilisation pour optimiser la remontée de signalements La dynamique collaborative pourrait être axée sur la sensibilisation des acteurs à signaler les décès pour favoriser la complétude des données et la régularité des remontées au fil de l'eau. ➤ Une collaboration pour faciliter la prise de contact avec les intervenants La dynamique collaborative engagée doit contribuer à l'instauration d'un cadre propice à la prise de contact avec les structures et intervenants ressources. Une communication trimestrielle auprès des directions et équipes internes pourrait être diffusée sur l'intérêt du signalement et les actions entreprises. ➤ Un partenariat pour favoriser le partage de données La logique de conventionnement a pour intérêt de structurer et d'encadrer le partage d'informations. Ainsi, les intervenants seraient notamment rassurés concernant l'utilisation des données sensibles par le collectif.

 Consolider l'outillage à l'appui de la démarche de contact	L'objectif est de consolider l'outillage à disposition des bénévoles et des intervenants ressources. Celui-ci pourrait permettre une harmonisation des pratiques de contact et des éléments de langage, notamment quant au caractère sensible des données qui constitue un enjeu non négligeable. ➤ Un schéma décisionnel pour favoriser l'identification des structures ressources Un travail de réflexion pour faciliter l'identification des structures ressources par les bénévoles pourrait être mené. Celui-ci permettrait un repérage facilité à l'aune des éléments détenus (domiciliation, profil, rapport à la rue, éléments complémentaires...) et pourrait notamment bénéficier aux nouveaux arrivants. ➤ Un argumentaire et une systématisation du mail pour favoriser la réceptivité Dans le cadre du contact, un argumentaire structuré, présentant l'enjeu, les objectifs et les principales étapes de la démarche pourrait être étayé à partir du script existant. Le caractère confidentiel pourrait être présenté de manière standardisée. D'après les acteurs, la systématisation de l'utilisation du mail en amont constituerait un outil de « légitimation » de la démarche, un levier pour faciliter le travail de conviction. ➤ Une évaluation de la phase de contact pour identifier les axes d'amélioration Le développement d'un outil de suivi des prises de contacts réalisées et abouties (taux de contacts réalisés et aboutis ; taux de transformation des appels en entretien) pourrait permettre de valoriser les démarches menées par les bénévoles et d'alimenter la réflexion sur l'amélioration de cette étape.
--	--

La réalisation de l'entretien : le renforcement de l'outillage existant

Axes	Pistes de réflexion
 Maintenir la logique de l'échange ouvert et les principes structurants	L'objectif est de maintenir les principes structurants mis en avant par les bénévoles. L'entretien ne constitue pas une stricte application du questionnaire et son administration relève d'un véritable échange avec l'intervenant ressource. Ces principes structurants pourraient être valorisés lors du parcours d'adhésion du bénévole au collectif. Par ailleurs, ceux-ci pourraient notamment faire l'objet d'échanges de pratiques. Le caractère « fluide » qui permet au questionnaire de s'apparenter à une « conversation » constitue un levier important dans le recueil des éléments de parcours, le descriptif des situations et le recueil d'éléments sur la personnalité de la personne sans chez soi.
 Simplifier les variables du questionnaire	L'objectif est d'engager une réflexion sur les objectifs visés par la surveillance de la mortalité et les attendus du point de vue analytique. Celle-ci pourrait permettre d'une part de favoriser la passation de l'entretien par le bénévole et, d'autre part, de fiabiliser l'analyse des données. L'analyse met en évidence la présence de variables manquantes et plaide pour la constitution d'une nouvelle base restreinte, davantage simplifiée. L'intérêt de limiter les données manquantes est d'une part de rendre le recueil plus exhaustif sur les axes prioritaires et, d'autre part, de favoriser la passation par les bénévoles. L'arbitrage entre le volet « Dénombrer » et « Décrire », entre la collecte des réponses du questionnaire et le recueil des descriptions sur la situation pouvant être source de tension pourrait ainsi être atténué.
 Renforcer l'outillage à l'appui des acteurs pour la réalisation de l'entretien	L'objectif est de renforcer l'outillage relatif à la passation de l'entretien, du point de vue des bénévoles, mais également du point de vue des intervenants ressources. Ceux-ci évoquent en effet le fait d'avoir en amont les grandes thématiques abordées. Si l'appropriation du questionnaire passe par la phase de saisie de données, l'outillage accompagnant cette étape pourrait être développé. Une trame simplifiée ou un guide thématique pourrait permettre aux intervenants ressources d'avoir une première approche des questions « importantes » et pour les bénévoles d'avoir un appui à la démarche. Une réflexion pourrait être ainsi menée sur le contenu de l'outil, sans que celui-ci vienne dénaturer le caractère « naturel » de l'échange.

La gestion du retentissement : la mise en place de partage d'expériences

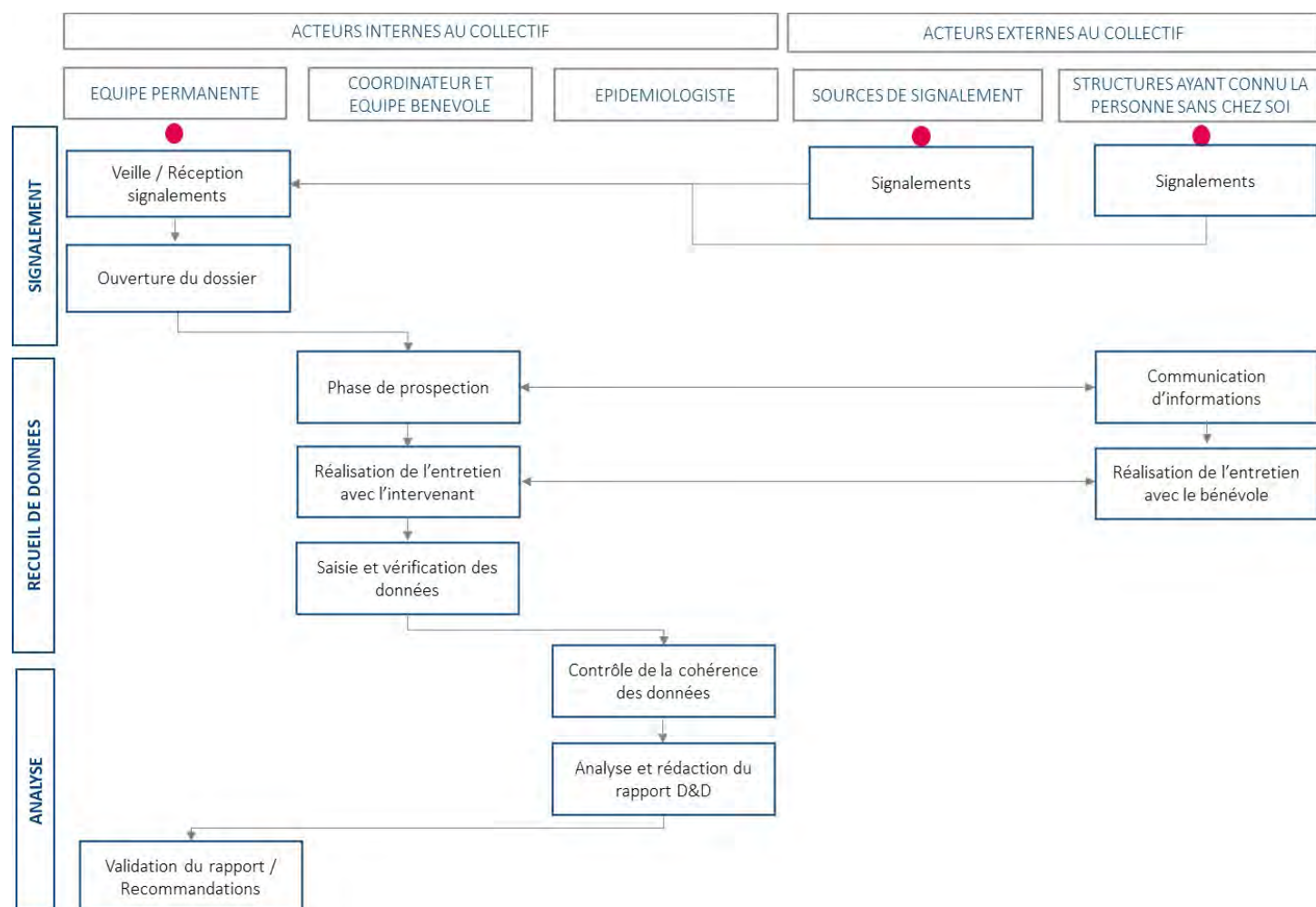
Axes	Pistes de réflexion
 Maintenir la mission de coordination des bénévoles	L'objectif est de maintenir la mission de coordination du réseau de bénévoles. Celle-ci particulièrement valorisée contribue à l'intégration des nouveaux arrivants, à l'appropriation des pratiques et aussi à la dynamique générale très appréciée. Le caractère « hybride » des missions liées à l'enquête Dénombrer et Décrire ainsi que les profils variés des bénévoles impliquent le renforcement de la formation préalable. La polyvalence des compétences nécessite un accompagnement dédié pour connaître les structures intervenant auprès des personnes sans domicile. Par ailleurs, l'entretien requiert une expertise spécifique et des techniques d'entretien. Des modules de formations dédiés, des mises en situations et une double écoute pourraient être mis en place.
 Favoriser le partage d'expériences	L'objectif est de favoriser le partage d'expériences entre bénévoles à travers des temps dédiés, par petits groupes. Ces derniers, animés par la coordination, pourraient permettre de partager les éventuels questionnements et contribuer à la co-construction de l'outillage dédié. La mise en place d'ateliers dédiés au partage d'expériences aurait notamment pour intérêt l'échanges de pratiques concernant l'utilisation de techniques d'entretiens et la gestion du retentissement émotionnel. Par ailleurs, un lien avec les intervenants répondants pourrait être effectué, notamment à travers une orientation vers l'action de Proches en Deuil en cas de retentissement plus marqué.
 Diversifier les missions des acteurs	L'objectif est de proposer une diversification des missions tant aux bénévoles qu'aux intervenants ressources. En effet, les deux types d'acteurs expriment le souhait d'être mobilisés sur des actions complémentaires soit à visée partenariale, soit en lien avec l'hommage rendu. Les bénévoles expriment le souhait d'être mobilisés pour soutenir le déploiement d'initiatives partenariales (participation rencontres, réunions d'échange avec les acteurs). Quant à eux, les intervenants interrogés souhaiteraient être mobilisés pour un travail mémoriel sous format écrit. La rédaction de petits textes, récits ou témoignages sur la personnalité de la personne disparue pourrait contribuer au travail de mémoire.

ANNEXES

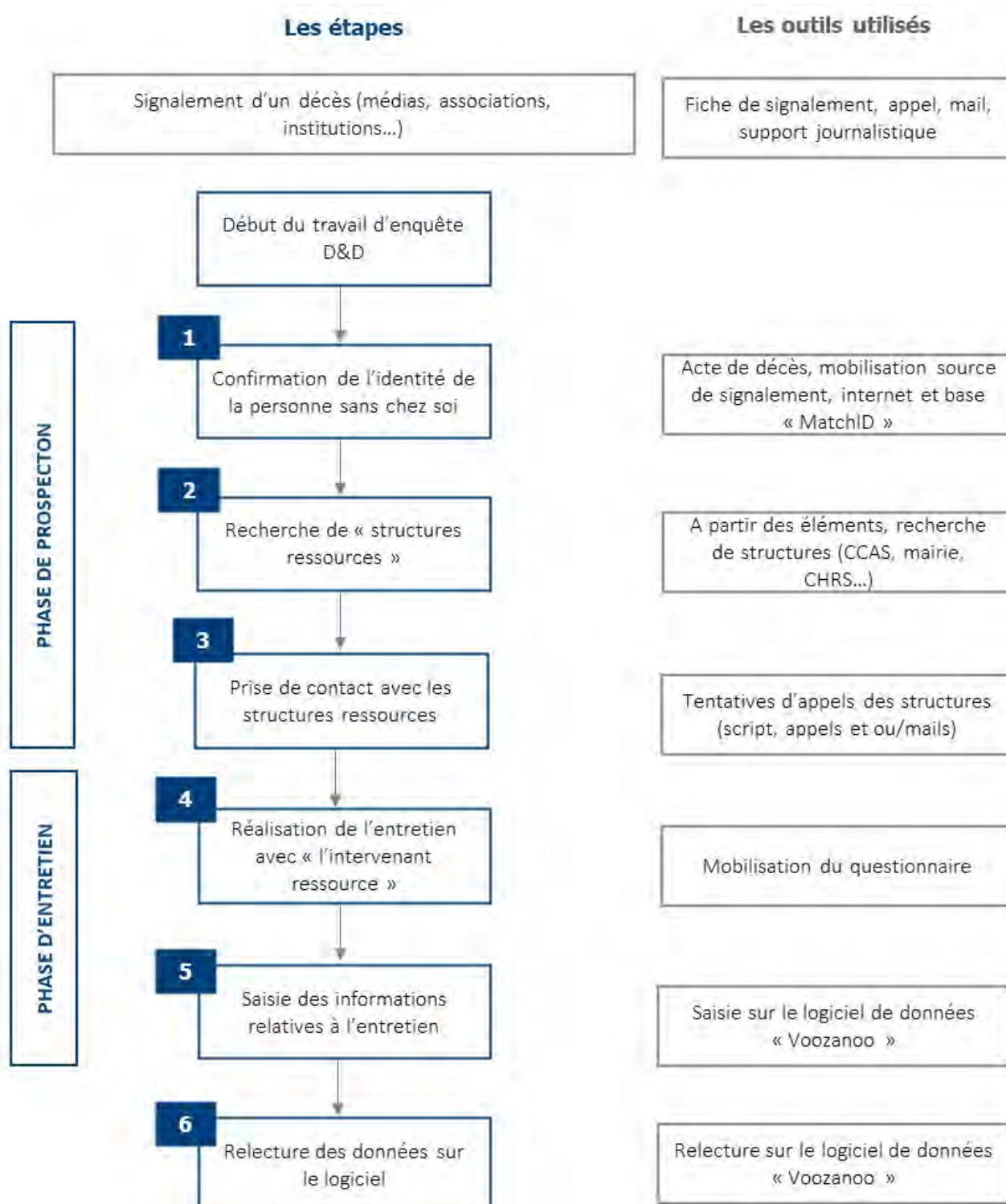
Annexe 1 – Description des acteurs du dispositif de surveillance

Acteurs opérationnels	Rôle dans le cadre de la surveillance
Acteurs internes au collectif	
Coordinateur.rice générale Responsable de l'équipe proches en deuil	♦ Pilotage de l'activité de surveillance ♦ Structuration et veille des signalements ♦ Formalisation de partenariats ♦ Mise en place d'actions de communication ♦ Relecture du rapport et recommandations
Coordinateur.rice des bénévoles	♦ Recrutement et formation des bénévoles ♦ Animation du réseau de bénévoles ♦ Élaboration de l'outillage de l'activité
Épidémiologiste	♦ Participation à la formalisation de partenariats ♦ Structuration, contrôle et cohérence des données ♦ Analyse des données et rédaction du rapport ♦ Participation à la construction de l'outillage de l'activité
Bénévoles	♦ Réalisation de la prospection des structures ressources ♦ Passation des entretiens avec les intervenants ♦ Saisie et vérification du recueil de données
Acteurs externes au collectif	
Sources de signalements (associative, institutionnelle, médiatique et particuliers)	♦ Signalement des décès des personnes sans chez soi ♦ Communication d'informations éventuelles complémentaires
Structures et intervenants ressources (acteurs du médico-social)	♦ Signalement des décès des personnes sans chez soi ♦ Communication d'informations éventuelles complémentaires ♦ Participation à l'entretien de l'enquête Dénombrer et Décrire

Annexe 2 – Macro-processus du dispositif de surveillance



Annexe 3 – Processus du recueil de données par les bénévoles



Annexe 4 – Tableau des acteurs ayant contribué à l'étude qualitative

Le profil des bénévoles au sein du collectif

Afin de faire appel à des bénévoles, le collectif des morts de la rue publie une annonce sur un site dédié présentant les missions. Toute personne volontaire et intéressée par l'offre peut devenir bénévole. En effet, aucun profil spécifique n'est attendu par le collectif. L'analyse met en évidence une attribution progressive des missions (étape de saisie des données préalables et mise en situation éventuelle). Ainsi, les profils de bénévoles présents au sein du collectif sont variés et diversifiés tant du point de l'âge, du domaine professionnel que de l'expérience antérieure.

L'échantillonnage pour la réalisation de l'étude qualitative

Les premiers entretiens exploratoires ont été réalisés entre fin avril et début mai 2021. Ensuite, le terrain effectif sur lequel se base la majeure partie de l'analyse a été effectué entre juin 2021 et juillet 2022. Les entretiens d'une durée de 40 à 60 minutes ont été réalisés à l'appui d'un guide (par téléphone ou en physique) retranscrits, puis exploités. Afin d'anonymiser les entretiens, les prénoms ont été modifiés.

Côté bénévoles, l'échantillon a été diversifié sur le sexe, l'âge, le domaine professionnel et l'ancienneté dans le cadre du bénévolat au sein du collectif. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention d'une « saturation de données », c'est-à-dire jusqu'à une stabilisation des axes d'analyse proposés.

Entretiens avec les acteurs bénévoles						
Bénévoles	Sexe	Age	Activité	Domaine professionnel	Fréquence de venue	Ancienneté
Annie	F		Retraitée	Immobilier	1 journée par semaine	Depuis juillet 2020
Adrien	M	42	Actif	Journaliste	1 journée par semaine	Juin 2020- Juillet 2021
Anna	F	24	Étudiante	Sociologie	1 à deux journées par semaine	Septembre 2020- Juillet 2021
Ayman	M	24	Étudiant	Démographie	1 à deux journées par semaine	Septembre 2020- Juillet 2021
Isabelle	F	60	Retraitée	Communication	1 journée par semaine	Depuis juillet 2020
Lucie	F	60	Retraitée	Assistante sociale	1 journée par semaine	Depuis mai 2021
Claude	M	62	Retraité	Logement social	1 journée par semaine	Depuis février 2020
Frédéric	M	38	Actif	Santé mentale et psychiatrie	2 demi-journées par semaine	Septembre 2020 – Juillet 2021
Nathalie	F		Retraitée	Médecin du travail	1 journée par semaine	Novembre 2012- Décembre 2020

Côté intervenants ressources, des difficultés liés au recrutement ont été rencontrées et expliquent le nombre relativement restreint d'entretiens réalisés. Au regard de ce dernier, l'objectif est plutôt d'apporter un éclairage en « miroir » aux discours des bénévoles à travers des encarts illustratifs.

Entretiens avec les acteurs intervenants ressources					
Intervenants	Sexe	Age	Domaine	Type de structure	Fréquence participation
Olivier	F	37	Éducateur spécialisé	Centre d'hébergement	Primo-répondant
Nicolas	M	36	Responsable mission	Samu social	Habitué
Esther	M	34	Assistante sociale	Lits d'Accueil Médicalisés	Habituée

Annexe 5 – Guides d’entretien bénévoles et intervenants ressources

Après un premier temps de présentation, la discussion et les questionnements étaient axés autour de cinq grands thèmes :

- ♦ Facteurs de l’investissement dans la démarche
- ♦ Pratique et acceptabilité de l’entretien et du questionnaire
- ♦ Retentissement émotionnel de l’enquête
- ♦ Perception de l’utilité des missions et du rapport

La question du retentissement émotionnel ne devait pas apparaître dans les propos comme un obstacle présumé. Pour ces raisons, le guide a été amorcé par un échange ouvert, sur les pratiques très concrètes des acteurs à chacune des étapes du processus et les perceptions associées.

Guide d’entretien bénévole

Composantes	Questions envisagées	Relance
Conditions de l’engagement bénévole	Pourriez-vous me décrire le début de votre engagement bénévole au CMDR ?	Comment avez-vous découvert le CMDR ? Quelles sont les raisons qui vous ont incitées à devenir bénévole au sein du CMDR ? Quels ont été les facteurs déclencheurs ? Les critères décisifs ?
Pratiques et Acceptabilité de l’entretien et du questionnaire	D’une manière générale, comment se déroule la réalisation de l’entretien avec le questionnaire ?	De quelle manière procédez-vous ? (Avant l’appel, pendant, après) Comment abordez-vous les différents champs et questions ? Dans quel ordre abordez-vous les questions ? Qu’est-ce qui peut influencer cette chronologie ? Que pensez-vous de la durée de l’entretien ? Comment gérez-vous le temps au cours de l’entretien ?
	Dans quelle mesure le questionnaire est-il plus ou moins facile à aborder ?	Qu’est-ce qui les rend facile à interroger ? Qu’est-ce qui rend certains éléments plus difficiles à aborder ? Comment procédez-vous pour dépasser ces difficultés ?
	Qu’est-ce qui permettrait de rendre plus facile la réalisation de l’entretien/le questionnaire ?	Quels seraient les points à améliorer ? Que recommanderiez-vous à un nouveau bénévole pour aborder l’entretien et le questionnaire ?

Retentissement	D'une manière générale, comment se déroule l'échange avec le travailleur social lors de l'entretien et des questions abordées ?	Quelles sont les impressions que vous ont laissées les travailleurs sociaux en répondant au questionnaire ? Pourriez-vous décrire une situation où vous vous êtes senti.e en délicatesse ou mal à l'aise pour mener l'entretien ? Quels ont été les éléments provoquant ce malaise ? Parmi les fois où l'échange a été plus fluide, qu'est ce qui a pu y contribuer ? Quels ont été les freins / leviers dans chacune de ces situations ?
	Parmi les différents entretiens réalisés, quel est celui ou quels sont ceux qui vous ont le plus marqué.e (positivement ou négativement) ?	Que conseilleriez-vous à un nouveau bénévole pour faire face à ces situations ?
Perception de l'utilité des missions de bénévole et du rapport	Quel regard portez-vous sur le travail mené dans le cadre de l'étude Dénombrer & Décrire ?	Quel sens donnez-vous à vos actions au sein du Collectif ? Qu'est-ce que vous y trouvez ? Qu'est-ce que vous en retirez ?
	D'une manière générale, quel intérêt voyez-vous dans le rapport Dénombrer & Décrire ?	Qu'apporte -t'il sur le thème des personnes sans domicile ou le sans-abrisme ? Quels éclairages ou réponses devraient-ils apporter ?

Paramètres recueillis

Profil bénévole :	
Domaine de prédilection	Champ professionnel / champ d'étude /
Age	
Sexe	
Ancienneté sur le poste de bénévole D&D	
Principale région d'enquête	
Fréquence de venue au Collectif (en demi-journée/semaine)	

Guide d'entretien intervenants ressources

Composantes	Questions envisagées	Relance
Facteurs impliqués dans la réponse au questionnaire	Vous avez contribué au projet D&D en répondant à un entretien téléphonique portant sur le parcours d'une personne sans domicile décédé. Comment avez-vous été amené à participer à l'entretien ?	Pourriez-vous me décrire les raisons qui vous ont incitées à répondre à cet entretien ? Pourquoi cela vous a-t-il intéressé ?
Acceptabilité de l'entretien et du questionnaire	Dans quelles conditions l'entretien s'est-il déroulé ?	A quel moment l'entretien s'est déroulé dans votre journée de travail ? Dans quelles mesures, ce moment était adapté pour vous ? Quelle a été la durée de l'entretien ? Qu'en avez-vous pensé ? (trop courte, trop longue)
	De quelle manière le parcours a t'il été abordé pendant l'entretien ?	Quels sont les thèmes qui ont retenu votre attention ? Pour quelles raisons ? Qu'avez-vous pensé de la manière dont ils étaient abordés ? (Chronologie, formulation des questions, questions sans réponse) Qu'avez-vous pensé des différentes questions ? Dans quelles mesures disposiez-vous des informations demandées sur le parcours ? Comment avez-vous appréhendé les différentes questions posées ? Dans quelles mesures certaines questions ont été délicates à aborder ? (info non connue, touche à du personnel, secret pro) ?
	Qu'est-ce qui vous aurait permis de répondre plus facilement à l'entretien ?	Quels seraient les points à améliorer ? Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer l'entretien ? Comment procéderiez-vous ?

Retentissement de l'entretien	Au cours de l'entretien vous êtes revenu sur le parcours d'une personne décédée que vous avez connue. Comment avez-vous appréhendé le fait de vous replonger dans celui-ci ?	Quel a été votre ressenti pendant ou après cet entretien ?
Perception de l'utilité de l'enquête	D'une manière générale, quel regard portez-vous sur l'enquête Dénombrer et Décrire ?	Selon vous, qu'apporte le rapport Dénombrer et Décrire ? <i>Sur la connaissance des personnes sans domicile ?</i> <i>Sur l'accompagnement à mettre en œuvre ?</i> Quels éclairages ou informations devrait-il apporter (en plus) ?
	Dans quelle mesure le fait de contribuer au rapport D&D représente-t-il un intérêt pour vous ?	Dans quelle mesure, répondre à l'entretien a-t-il pu jouer un rôle pour vous ?

Paramètres recueillis

Age	
Sexe	
Département d'exercice (commune)	
Ancienneté dans le champ de l'AH	
Statut	Bénévole ou Salarié.e
Type de structure d'intervention	Maraudes/ESI-ADJ/Hébergement/Hébergement santé
Type de fonction exercée	
Ancienneté dans cette fonction	
Ancienneté dans l'enquête D&D	Travailleurs Sociaux (TS) habitués (connaissance enquête, y a déjà répondu) TS primo répondant
Rôle par rapport CMDR	TS relais (signalent/connaissent plusieurs personnes décédées) TS unique (contactent/répondent) pour une seule personne

CHAPITRE 4 - ENQUETE RECOL

Pratiques face aux décès de personnes sans domicile ou anciennement sans domicile chez les intervenants exerçant dans le domaine de AHI-L, du logement accompagné, de l'intermédiation locative ou des établissements médico-sociaux.

TABLE DES MATIERES DU CHAPITRE 4

LISTE DES FIGURES	205
LISTE DES TABLEAUX	205
INTRODUCTION	206
METHODES	207
Population d'étude	207
Critères d'inclusion	207
Schéma d'étude et recueil.....	208
Critère de jugement et taille échantillon	208
Analyse de données	208
Considérations éthiques et réglementaires	209
RESULTAT	209
Participants.....	209
Connaissance du CMDR.....	211
Formation et protocole de gestion	212
Exposition au décès	214
Soutien face au décès	215
Recherche de la famille	216
Partage de l'information « décès ».....	217
Perspectives d'amélioration de l'accompagnement par le CMDR.....	219
Contribuer au développement structurel des acteurs.....	219
Améliorer le signalement des décès.....	219
Améliorer la communication autour des décès.....	219
Renforcer l'offre de formation du CMDR	219
DISCUSSION & CONCLUSION	221
Limites	221
Principaux résultats	221
Perspectives	221
ANNEXES	223
Annexe 1 – Questionnaire de l'enquête de 2012	223
Annexe 2 – Questionnaire de l'enquête RECOL.....	227

LISTE DES FIGURES

Figure 51 - Flowchart de l'enquête RECOL.....	209
Figure 52 - Répartition des participants selon leur structure d'exercice	210
Figure 53 - Moyen par lequel les participants ont eu connaissance du CMDR en 2022.....	211
Figure 54 - Moyen par lequel les répondants ont eu connaissance du CMDR en 2012	212
Figure 55 - Distribution des répondants selon leur connaissance du CMDR et leur participation à une formation sur les décès ou à l'existence d'un protocole pour y faire face	212
Figure 56 - Distribution des participants selon la fréquence d'exposition au décès, par type structure d'exercice (n=107)	214
Figure 57 - Type de soutien à la gestion d'un décès (réponses à choix multiples).....	215
Figure 58 - Acteurs bénéficiant du partage de l'information selon le type de structure des participants.....	217

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 23 - Répartition des participants selon la connaissance du CMDR (CMDR+) ou non (CMDR -) et la région d'exercice.....	211
Tableau 24 - Répartition des participants selon leur besoin	215
Tableau 25 - Besoin d'un soutien à la recherche de la famille.....	216
Tableau 26 - Transmission de l'information "décès" au CMDR selon la structure d'exercice des répondants	218

INTRODUCTION

Le CMDR, créé en 2003, mène depuis 10 ans une surveillance de la mortalité des personnes sans domicile. Dans une démarche d'amélioration du dispositif, une première évaluation a été menée et dont les résultats ont été présentés dans le rapport « Dénombrer & Décrire » (D&D) publié fin 2020.

Les conclusions de ces travaux ont conduit à l'élaboration et à la validation par le Comité de pilotage de D&D⁷² d'un plan d'actions. Début mars 2021, 5 groupes de travail ont ainsi été constitué au sein du Comité Consultatif. Parmi eux, le groupe de travail « Réseau » qui a élaboré entre 2021 et 2022, l'étude RECOL, visant à reproduire la première campagne d'évaluation menée par le CMDR.

En effet, en décembre 2012, celui-ci avait lancé une enquête sur la perception du Collectif auprès des associations franciliennes⁷³. Les objectifs étaient alors multiples:

- Communiquer auprès des associations autour du CMDR et de ses différentes activités
- Mieux décrire leur perception du CMDR
- Décrire les éventuels freins quant à la transmission d'information sur les décès.

Pour cela, un questionnaire standardisé avait été transmis via la FAS Île-de-France⁷⁴ par courriel aux différentes associations franciliennes affiliée, ainsi qu'aux associations partenaires du CMDR en région (Associations d'accompagnement des proches et d'hommage aux morts de la rue notamment).

Le questionnaire (Annexe 1) portait sur :

- La connaissance du CMDR
- Ses objectifs
- La connaissance de décès de personnes sans chez soi et le cas échéant si un signalement avait été fait
- L'accompagnement dans le deuil
- La recherche de la famille ou des proches

Reconduire cette étude en 2022 est apparu comme utile et pertinent. D'une part, elle permettait d'apprécier l'évolution de la connaissance du CMDR par les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes sans domicile, et d'autre part, d'explorer leurs pratiques face aux décès, notamment sous l'angle du partage de données, à l'heure du SI-SIAO⁷⁵. Enfin de manière indirecte, elle permettait de faire connaître le CMDR et ses actions.

La nouvelle étude RECOL a donc comme objectifs principaux de :

- Mesurer la connaissance du CMDR auprès des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes sans domicile en France ;
- Décrire leurs pratiques face au décès (formation, besoins, recherche de proches et transmission d'informations)

De manière secondaire, elle vise à comparer les résultats avec ceux de 2012 et doit permettre de formuler des recommandations en termes d'actions pour les équipes PED et D&D du CMDR.

2012⁷⁶,

⁷² Le Comité de Pilotage (COPIL) est composé des membres du Bureau du CMDR ainsi que de Cécile Rocca (Coordinatrice du Collectif), Chrystel Estela (Proches en Deuil), Marie-Christine Tardieu et Martine Devin (bénévoles au sein de l'équipe D&D), Raphaël Petit (Coordinateur de l'équipe D&D) et Julien Ambard (épidémiologiste).

⁷³ Mortalité des personnes sans domicile. Enquête Dénombrer & Décrire, septembre 2013, pp39-40 et pp50-54. CMDR

⁷⁴ A l'époque, dénommée FNARS pour Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

⁷⁵ Système d'information nationale mis en œuvre par la DIHAL auprès des acteurs de l'AHIL et visant à renseigner les demandes d'hébergement et l'offre d'hébergement.

⁷⁶ Mortalité des personnes sans domicile. Enquête Dénombrer & Décrire, septembre 2013, pp39-40 et pp50-54. CMDR

METHODES

Population d'étude

La population ciblée par l'étude se compose de toutes les personnes intervenant auprès des personnes sans domicile. Il s'agit des salariés ou bénévoles exerçant dans des associations, des institutions, des missions locales ou toute autre structure relevant du domaine de l'AHIL (accueil de jour, maraudes, structures d'hébergement, SIAO, Samu Sociaux, ...), du logement accompagné (maisons relais, pensions de famille, résidences sociales, ...), de l'intermédiation locative. Il peut s'agir d'établissements médico-sociaux (de type LHSS, ACT, LAM, ou de foyers médicaux). Les dispositifs du programme Un chez soi d'abord ou un Logement d'abord font naturellement partie de cette population cible.

La population visée par l'enquête est donc très importante. A titre de repère, l'enquête de la DREES, fin 2016⁷⁷, portant exclusivement sur le personnel exerçant dans des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficultés sociales comptabilisait près de 30 190 personnes, correspondant à 21 800 emplois en équivalent temps plein (ETP).

Pour atteindre cette population, il est décidé de solliciter différentes têtes de réseaux. La population source se compose donc de toutes les personnes ou structures membres, adhérentes ou affiliées aux acteurs suivants :

- La Fédération nationale des Acteurs de la Solidarité (FAS) ;
- Les Fédérations régionales des Acteurs de la Solidarité ;
- La Fédération nationale des Samu Sociaux (FNSS) ;
- L'Union professionnelle du logement accompagné (UNAFLO) ;
- La Fédération SOLIHA, 1^{er} acteur associatif national de l'habitat privé à vocation sociale ;
- La Fédération Santé Habitat (FSH) ;
- Les réseaux d'acteurs de chaque Haut-Commissaire à la lutte contre la pauvreté ;
- Le Collectif des Associations Unies pour une Nouvelle Politique du Logement (CAU)

A ces réseaux, s'ajoutent les partenaires en Île-de-France du CMDR et les associations œuvrant à l'hommage et à l'accompagnement des morts de la rue en province. Par ailleurs, le lien de l'enquête a été diffusé sur le site internet du CMDR et les différents comptes sur les réseaux sociaux (Twitter®, Facebook®, Instagram®, LinkedIn®).

La FAS représente ainsi près « de 870 associations et organismes et environ 2800 établissements et services (90% des CHRS), un grand nombre d'accueils de jour et de logements pour les plus précaires, la majorité des places d'accueil pour demandeurs d'asile et réfugiés et plus de 500 structures d'insertion par l'activité économique »⁷⁸. La Fédération Nationale des Samu Sociaux comptabilise, quant à elle, près de 250 équipes mobiles⁷⁹, l'UNAFLO, 162 structures adhérentes, et SOLIHA, 135.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion à l'étude RECOL sont donc :

- D'être travailleur.euse sociale, éducateur.rice, assistant.e sociale, professionnel.le de santé, animateur.rice, ou tout autre intervenant ;
- D'être salarié.e, bénévole, volontaire en service civique ;
- D'intervenir directement ou indirectement dans la prise en charge ou l'accompagnement des personnes sans domicile et/ou anciennement sans domicile ;

⁷⁷ DREES. Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. Les dossiers de la DREES. N°46, décembre 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/dd46.pdf>

⁷⁸ <https://www.federationsolidarite.org/adherer-a-la-federation-des-acteurs-de-la-solidarite/nos-adherents/>

⁷⁹ <https://www.samusocial-federation.org/nous-connaître/histoire-de-la-federation/>

- D'exercer dans le domaine de l'AHIL, du logement accompagné ou exerçant dans des établissements sociaux et médico-sociaux, ou tout autre structure impliquée auprès des personnes sans domicile ;
- D'adhérer ou de faire partie d'un des réseaux précédemment cités.

La connaissance du CMDR n'est pas une condition préalable à la participation à l'enquête RECOL.

Schéma d'étude et recueil

L'étude mise en œuvre est une enquête quantitative de type transversale. Elle repose sur un questionnaire à compléter en ligne sur la plateforme Drag'n' Survey⁸⁰ (Annexe 2). Le lien de l'enquête est diffusé via plusieurs « collecteurs », un pour chaque réseau de diffusion. Le plus souvent, le lien vers l'enquête est transmis via une newsletter^{81,82}, sinon par un envoi de mail.

Le questionnaire comporte près de 98 variables réparties en 6 parties sur :

- La personne répondante (type de structure, région d'implantation, statut)
- La connaissance du CMDR et la façon dont ils en ont eu connaissance
- L'existence de formation et de protocole d'action pour faire face au décès
- Les besoins nécessaires ou projetés au moment d'un décès
- La recherche de proches
- La transmission de l'information « décès »

Les questions sont principalement de type fermées avec quelques questions ouvertes (Annexe 2)

Critère de jugement et taille échantillon

Le calcul de la taille d'échantillon nécessaire à la réalisation de l'étude RECOL repose sur la formule suivante :

$$n = z^2 \times p(1 - p)/m^2$$

Où :

n correspond à la taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé

z correspond au niveau de confiance, ici 1,96 pour un intervalle de confiance de 95%

m correspond à la marge d'erreur fixée ici à 5%

p correspond à la proportion estimée de la population présentant la caractéristique.

Si le critère de jugement principal repose sur la seule connaissance du CMDR, les résultats obtenus lors de l'enquête de 2012⁸³ conduiraient à la constitution d'un échantillon de 57 personnes à inclure⁸⁴. Il s'agit d'une hypothèse beaucoup trop favorable. Il est donc décidé de considérer le critère de jugement principal comme inconnu, impliquant de retenir une valeur de 50%, ce qui correspond à l'option la plus neutre. L'échantillon doit ainsi être composé d'au moins 500 répondants.

Analyse de données

Les questionnaires sont exclus de l'analyse lorsqu'au moins 90% des données sont manquantes. Lorsque l'information est manquante ponctuellement, les résultats sont présentés avec la mention « sans information ».

Les données sont analysées de manière descriptive simple (moyenne, proportion), certaines de manière stratifiée. Elles sont toutes réalisées par l'intermédiaire du logiciel Stata 14.0 pour Mac (© Stata corporation, Collège Station, TX).

⁸⁰ <https://www.dragnsurvey.com/>

⁸¹ <https://www.federationsolidarite.org/actualites/participez-a-lenquete-du-collectif-des-morts-de-la-rue/>

⁸² <https://www.unafo.org/enquete-collectif-morts-de-la-rue/>

⁸³ Mortalité des personnes sans domicile. Enquête Dénombrer & Décrire, septembre 2013, pp39-40 et pp50-54. CMDR

⁸⁴ Lors de l'enquête de 2012, 31 personnes sur 32 connaissaient le CMDR

Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude RECOL n'a pas fait l'objet d'une déclaration préalable. Les participants étaient, toutefois, invités, dès la première question de l'enquête, à se positionner quant à leurs souhaits en termes de conservation des données. Ils avaient ainsi le choix entre 3 modalités de réponse:

- « J'accepte de renseigner mon identité et mes coordonnées afin de recevoir les résultats de cette enquête uniquement. »
- « J'accepte de renseigner mon identité et mes coordonnées afin de recevoir les résultats de cette enquête et d'être recontacté.e par le CMDR le cas échéant. »
- « Je ne souhaite pas recevoir les résultats de l'enquête et je ne veux pas que le CMDR me recontacte. »

Les contacts du promoteur et de l'investigateur de l'enquête étaient accessibles à l'issue du questionnaire. Toute demande de modification des données recueillies était ainsi rendu accessible.

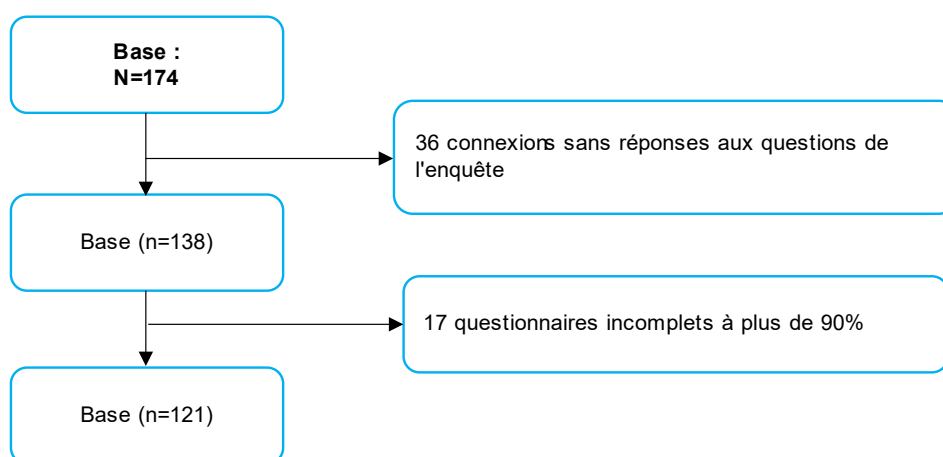


Figure 51 - Flowchart de l'enquête RECOL

RESULTAT

Participants

La phase de recueil de l'enquête s'est déroulée du 21 février au 16 juillet 2022. Les principaux canaux de diffusion ont été la newsletter mensuelle de la FAS, la newsletter de l'UNAF0 et le mail diffusé auprès des associations partenaires du CMDR. A l'issue de la phase de recueil, 174 connexions à la plateforme internet sont enregistrées (Figure 51).

Le nettoyage des données a conduit à supprimer 36 questionnaires qui ne présentaient aucune donnée renseignée. 17 questionnaires complémentaires ont été également écartés de l'analyse car ils étaient incomplets à plus de 90%.

Ce faisant, l'échantillon constitué compte 121 participants, soit seulement 20% du nombre de sujets attendus. L'interprétation des résultats se limite donc aux seuls participants de l'étude. A titre de comparaison, l'échantillon constitué lors de l'enquête de 2012 comptait 32 participants.

90% des répondants sont salariés et 7% exercent en tant que bénévole dans leur structure (4 personnes sans information).

13 des 18 régions de France sont présentes au sein de l'échantillon. Avec près d'un cas sur deux, la région Île-de-France est la plus représentée. 15% des participants exercent dans une structure implantée en Auvergne-Rhône-Alpes, 9% dans les Hauts-de-France et 5% en Occitanie. S'ensuivent les régions Grand Est, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur avec respectivement 4% de participants. Les régions comptent entre 1 et 4 participants. A noter que la Réunion est la seule région d'outre-mer représentée et que la Corse est absente. En 2012, les participants étaient principalement basés en Île-de-France (84%) et seulement 5 participants exerçaient en région.

Les participants de l'enquête exercent dans une grande diversité de structures (Figure 52). 85% de l'échantillon est ainsi constitué de personnes exerçant dans des structures de type logement accompagné, dans des équipes mobiles (samusocial, EMPP, maraudes), des structures de bas seuils de type Accueil de Jour et des structures d'hébergement/insertion (CHU, CHRS, ...).

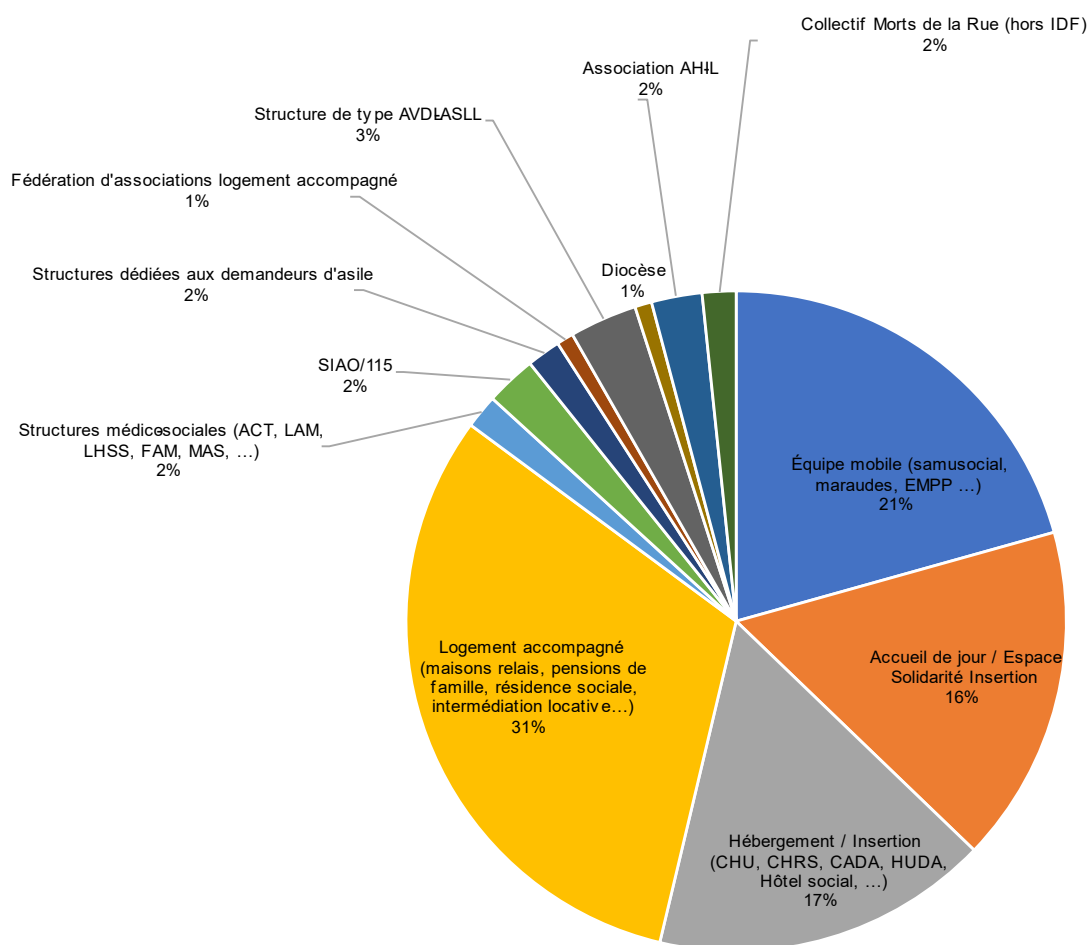


Figure 52 - Répartition des participants selon leur structure d'exercice

Connaissance du CMDR

79% des participants ont affirmé connaître le CMDR (Tableau 23), principalement en Île-de-France, dans les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes.

Tableau 23 - Répartition des participants selon la connaissance du CMDR (CMDR+) ou non (CMDR-) et la région d'exercice

	CMDR(+)	CMDR(-)	Effectif
La Réunion	0	1	1
Ile de France	53	6	59
Centre Val de Loire	3	0	3
Bourgogne Franche Comté	1	1	2
Normandie	0	4	4
Hauts de France	8	3	11
Grand Est	3	2	5
Pays de la Loire	4	1	5
Bretagne	1	0	1
Nouvelle Aquitaine	0	1	1
Occitanie	6	0	6
Auvergne Rhône Alpes	13	5	18
Provence Alpes Côte d'Azur	3	2	5
Total	95	26	121

Bien qu'avec un nombre de participants beaucoup plus faible, la Normandie est l'une des régions où le CMDR est le moins connu (Aucun des répondants ne connaît le CMDR) et dans une moindre mesure les régions Grand Est et Provence Alpes Côte d'Azur (40% des participants de ces régions ne connaissent pas le CMDR).

D'autre part, le CMDR est largement connu des acteurs de l'AHJ. La totalité des participants exerçant au sein d'équipes mobiles (samusocial, maraudes, EMPP) le connaissent, 90% parmi les intervenants en accueil de jour et 85% chez les personnes travaillant dans les structures d'hébergement/insertion. En revanche, il est beaucoup moins connu auprès des acteurs du logement accompagné (47% seulement). Ces proportions sont globalement conservées même en stratifiant selon la région Île-de-France.

Généralement, c'est via l'hommage annuel aux morts de la rue que les participants ont eu connaissance du CMDR. Mais cela peut également se réaliser par l'intermédiaire des collègues exerçant dans la même structure ou via des contacts établis avec le CMDR directement. En Île-de-France, c'est également par le faire-part publié par le CMDR que les participants en ont connaissance (Figure 53)

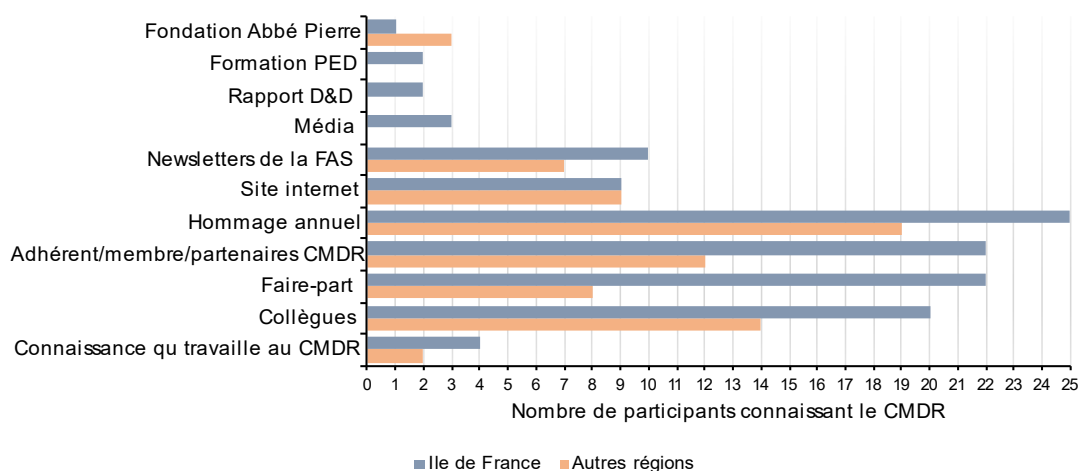


Figure 53 - Moyen par lequel les participants ont eu connaissance du CMDR en 2022

Il existe des variations importantes avec les résultats de 2012 (Figure 54) où le moyen de connaissance le plus connu était de loin les collègues exerçant dans la même structure (17 participants parmi 32).

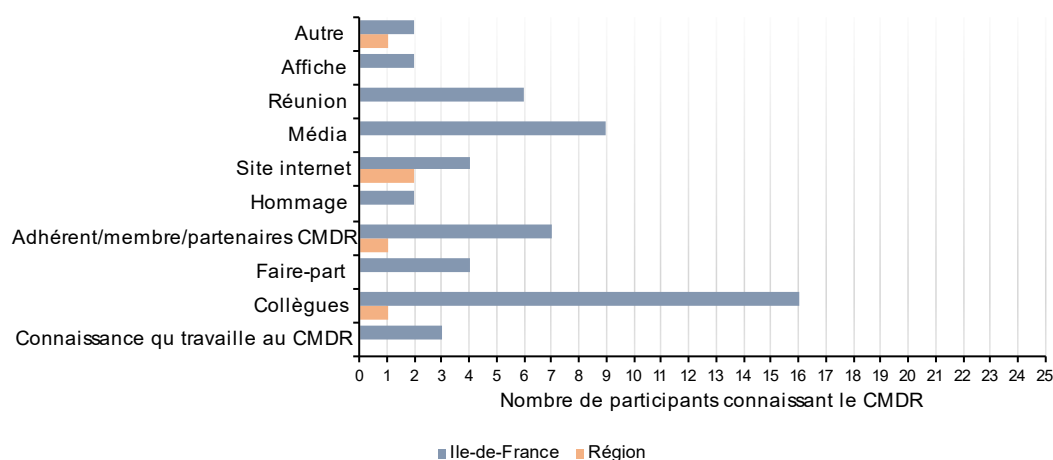


Figure 54 - Moyen par lequel les répondants ont eu connaissance du CMDR en 2012

Formation et protocole de gestion

Peu de participants ont pu bénéficier d'une formation ou d'une sensibilisation à la gestion des décès (21%). Il semble en revanche que l'existence d'un protocole pour faire face au décès soit plus fréquent dans les structures (36%). Dans les deux cas, la connaissance du CMDR n'a pas d'effet spécifique (Figure 55).

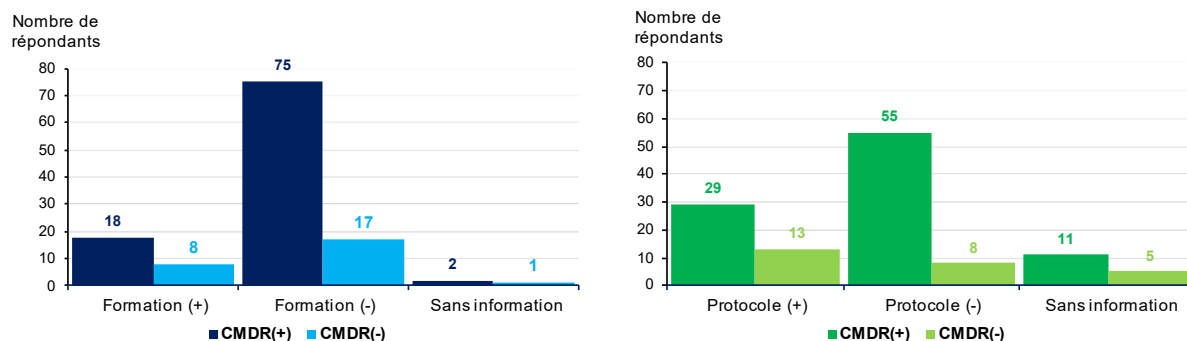


Figure 55 - Distribution des répondants selon leur connaissance du CMDR et leur participation à une formation sur les décès ou à l'existence d'un protocole pour y faire face

Il apparaît en revanche que parmi les acteurs ayant bénéficié d'une formation, les participants exerçant dans des structures de type logement accompagné sont les plus nombreux à en avoir bénéficié (54%). Ce constat est similaire concernant l'existence de protocole de gestion des décès (48%). Ces résultats sont assez cohérents avec le public cible de ces structures. De plus en plus, les intervenants accompagnent ces personnes sur leur fin de vie.

A noter également que parmi les bénéficiaires d'une formation à la gestion des décès, 23% exercent au sein d'accueil de jour et seulement 12% au sein de structures de type hébergement/insertion. 1 seule personne travaillant en équipe mobile a bénéficié d'une formation. Quant à l'existence d'un protocole, 19% des participants qui en disposent font partie de structures d'hébergement/insertion, 12% parmi les équipes mobiles et 10% au sein d'accueils de jour.

Tarek, 33 ans

Tarek était quelqu'un d'attachant. Il pouvait être adorable lorsqu'il avait envie de se confier. Il avait aussi des souffrances qui revenaient parfois et le mener à être plus distant et silencieux.

Tarek avait connu au moins 4 ans d'errance avant finalement d'être hébergé grâce au travail des maraudes. Connu et apprécié des co-résidents, il participait à la vie de la structure en s'impliquant dans le conseil de la vie sociale du CHRS.

Tarek est décédé un jour d'hiver.

Exposition au décès

88% des participants (n=107) ont déjà eu connaissance d'un décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile⁸⁵. Au cours de la seule année 2021⁸⁶ :

- 36% avaient été confronté directement à au moins 1 décès
- 49% entre 1 et 5 décès
- 7% entre 5 et 10 décès
- 7%, plus de 10 décès

Lorsque la fréquence des décès est décrite selon le type de structure d'exercice des participants (Figure 56), il est constaté que les maraudes, les samusociaux, les accueils de jour sont plus fréquemment exposés. Ces acteurs de bas seuil prennent en charge un public moins stabilisé et potentiellement plus vulnérable avec moins de suivi.

Dans la catégorie « Autres » qui regroupe les structures comptant moins de 5 participants, ce sont ceux exerçant au sein de SIAO/115, qui ont déclaré avoir été exposés à le plus fréquemment à des décès (5 décès et plus).

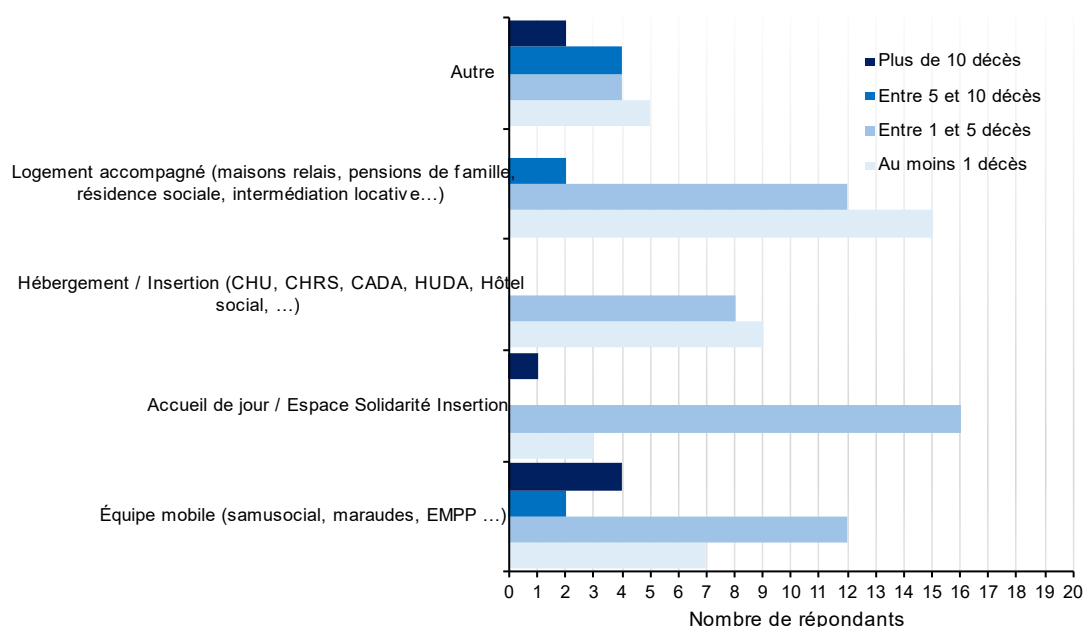


Figure 56 - Distribution des participants selon la fréquence d'exposition au décès, par type structure d'exercice (n=107)

Parmi les participants ayant été informés d'un décès, 48% accompagnaient personnellement les défunts sur le plan social, médico-social ou sanitaire, 24% les connaissaient mais le suivi était assuré par un.e collègue, 15% les connaissaient mais le suivi était assuré par un tiers extérieur à la structure. Enfin dans 12% des cas, les participants ne connaissaient pas le défunt mais le décès leur avait été rapporté. Un participant n'a pas répondu à la question.

Chez les personnes ayant été confrontées à un décès, la majorité (83% de 107) connaît le CMDR mais seulement 19% ont bénéficié d'une formation (20 sur 107) et 35% disposent d'un protocole de gestion (37 sur 107). A contrario chez les personnes sans exposition à un décès (n=14), 43% connaissent le CMDR et ont bénéficié d'une formation. La disponibilité d'un protocole est en revanche similaire (36%).

⁸⁵ En 2012, 90% (29 répondants parmi les 32) avaient déjà eu connaissance d'un décès

⁸⁶ Effectif de 107 individus, 1 personne sans réponse

Soutien face au décès

Les participants ont été interrogés sur leur besoin en terme d'accompagnement face à la survenue d'un décès (Tableau 24)

Tableau 24 - Répartition des participants selon leur besoin

	Expérience d'un décès		Sans expérience	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Pas de soutien nécessaire	47	44%	2	14%
Nécessité d'un soutien	-	-	11	79%
Besoin d'un soutien mais non satisfait	14	13%	-	-
Soutien nécessaire et reçu	42	39%	-	-
Sans information	4	4%	1	7%
Total	107	100%	14	100%

La majorité des participants sans expérience d'un décès a exprimé ressentir le besoin d'un soutien s'ils venaient à y être confrontés. Parmi les personnes ayant déjà été confrontées à un événement de ce type, la distribution est partagée puisque 52% ont ressenti le besoin d'un soutien (satisfait ou non) et 44% non. En 2012, la moitié des répondants disaient avoir besoin d'un soutien.

Parmi les différentes formes de soutien proposées dans le questionnaire, la plupart rencontrent l'intérêt des participants.

Comme lors de l'enquête de 2012, c'est l'aide administrative qui apparaît comme l'un des besoins les plus importants (Figure 57). Elle regroupe notamment la déclaration du décès, les dernières volontés du défunt, la gestion auprès des administrations, l'inventaire et la gestion des effets personnels, le testament et les contrats obsèques:

- 75% des personnes sans expérience de décès déclarent avoir un besoin de ce type d'aide le cas échéant
- 57% des personnes ayant été confrontées à un décès auraient souhaité en bénéficier

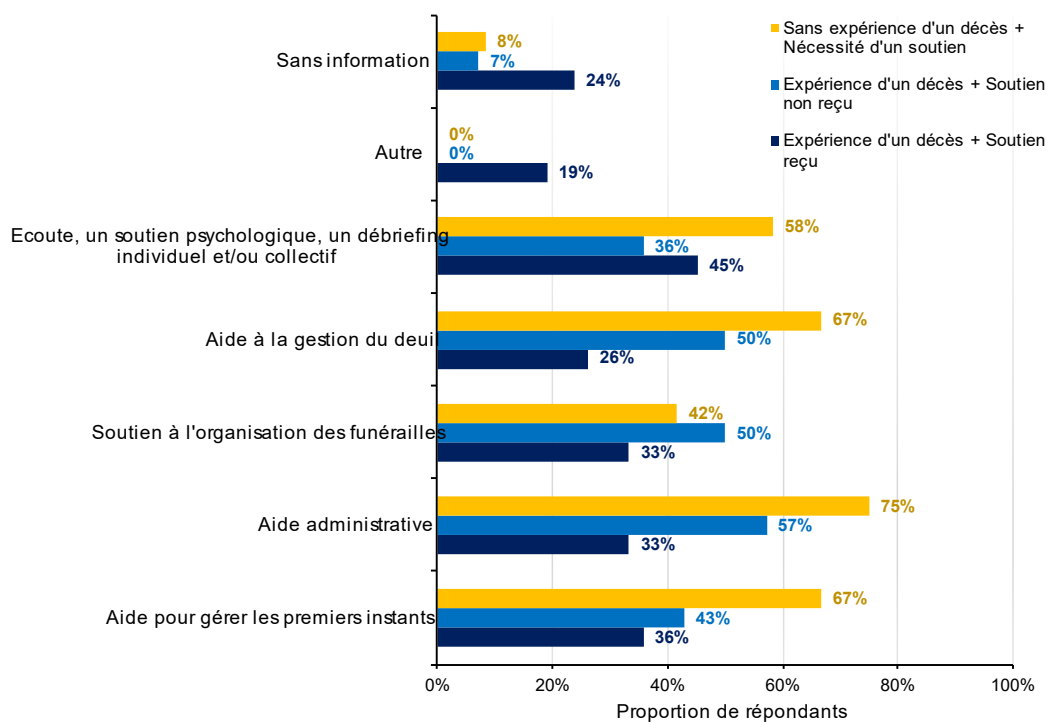


Figure 57 - Type de soutien à la gestion d'un décès (réponses à choix multiples)

Pour les participants ayant été confrontés à un décès et ayant bénéficié d'un soutien, c'est surtout l'écoute et le soutien psychologique qui ont été le plus important (45%). Cette écoute a été obtenue auprès des équipes, des partenaires. Certains ont bénéficié du soutien d'une psychologue interne ou externe à la structure ou via un centre médico-psychologique ou une plateforme d'écoute⁸⁷

A contrario, ils ont eu moins nécessité à une aide à la gestion du deuil (participation ou non aux funérailles, prévenir l'équipe du décès, communication aux co-résidents ou aux proches de la rue, organisation d'un temps d'hommage, actions en faveur de la mémoire, ...).

Pour gérer les premiers démarches face au décès⁸⁸ (36%), les participants ont été aidés par leur direction et collègues, par le CMDR ou par des cellules de crises constituées au sein des structures. Un soutien à l'organisation des funérailles (33%) a été obtenu auprès des collègues, des partenaires mais également auprès des services funéraires des villes, des CCAS, du CMDR et autres associations d'accompagnement aux morts de la rue comme Dignité Cimetière, Mémoires et fraternités, le Collectif Dominique.

L'aide administrative (33%) a été obtenue en interne via les équipes en place ou les protocoles mis en œuvre. Certains ont trouvé du soutien auprès des services de police, de la Protection civile, des services de la mairie, aux pompes funèbres. D'autres ont eu recours à la Plateforme VIP⁸⁹ quand d'autres ont fait appel à leur propre expérience.

Parmi les « autres » types de soutiens, certains participants ont exprimé le fait d'avoir été soutenus par l'équipe et la hiérarchie. Pour d'autres, c'est la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles qui a été aidante ou le fait d'avoir recueilli la parole, d'avoir accompagné les proches, d'avoir eu recours à l'aumônerie qui ont pu être une aide. Enfin quelques participants ont identifié le CMDR comme soutien, notamment par ses actions avec le projet « Proches en Deuil ».

Recherche de la famille

45% des participants de l'enquête (n=55) déclarent avoir recherché la famille du défunt (ils étaient 44% en 2012) et 33% ont réussi. 43% déclarent n'avoir jamais essayé ou ne pas s'en souvenir (Tableau 25).

Les personnes ayant recherché la famille se sont tournées vers la police, les proches du défunt (compagnons de rue, co-résidents), les CCAS, les services d'état civil des mairies, les services sociaux des hôpitaux, les partenaires sociaux et autres acteurs de l'AH-L, les réseaux sociaux, l'OFII, les consulats, le médecin traitant. Parfois les informations étaient disponibles dans le dossier social de la personne. Pour certaines personnes, c'était via la tutelle ou la curatelle que certaines coordonnées étaient disponibles. Dans certaines situations, la famille était déjà en contact avec le participant.

Logiquement, les personnes ayant déjà recherché des membres de la famille avec réussite répondent plus fréquemment ne pas ressentir le besoin d'un soutien pour cette démarche (63%) que parmi les autres catégories. Malgré tout, la moitié des participants exprime en avoir besoin (65 sur 121).

Tableau 25 - Besoin d'un soutien à la recherche de la famille

	Expérience d'un décès						Sans expérience		Total	
	Recherche de la famille				Pas de recherche					
	Réussite		Echec							
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Besoin d'un soutien	19	29%	11	17%	27	42%	8	12%	65	100%
Pas de soutien nécessaire	15	63%	2	8%	5	21%	2	8%	24	100%
Ne se prononce pas	6	19%	2	6%	20	63%	4	13%	32	100%
Total	40	33%	15	12%	52	43%	14	12%	121	100%

⁸⁷ <https://www.stimulus-conseil.com/qui-sommes-nous/notre-approche-de-la-sante-psychologique-au-travail/>

⁸⁸ Découverte du corps, qui appelé en premier pour signaler le décès, gérer les personnes autour du corps du défunt

⁸⁹ <https://plateforme-vip.org/>

Partage de l'information « décès »

Enfin, les participants étaient invités à préciser dans quelle mesure ils transmettent l'information du décès et auprès de quel(s) acteur(s) le cas échéant (Les personnes n'ayant jamais été confrontées à un décès étaient invitées à anticiper leur comportement).

Au final, 105 participants sur 121 (87%) répondent transmettre l'information du décès à un acteur extérieur à sa structure.

La figure 58 représente par participant et selon sa structure d'exercice, les acteurs vers lesquels l'information du décès peut être transmise. Cette question est à choix multiples, les modalités de réponses ne s'additionnent pas. Il faut lire que 16 participants exerçant dans des équipes mobiles transmettent l'information du décès d'une personne à d'autres samusociaux ou équipes de maraudes.

De manière générale, il peut être constaté que les participants transmettent assez facilement l'information du décès auprès d'acteurs extérieurs. Les CCAS et CIAS sont assez peu fréquemment destinataires au contraire des SIAO et des autres partenaires.

Les structures de bas seuil (équipe mobile et accueil de jour) communiquent fréquemment avec les partenaires sociaux, les samusociaux et les SIAO. Elles sont également amenées à communiquer dans une moindre mesure auprès de la police, de la DDETS, des administrations (CAF, sécurité sociale), et des proches.

Les structures d'hébergement/insertion communiquent auprès des SIAO mais assez peu aux autres acteurs. Elles peuvent également communiquer dans une moindre mesure auprès des familles, s'il y en a.

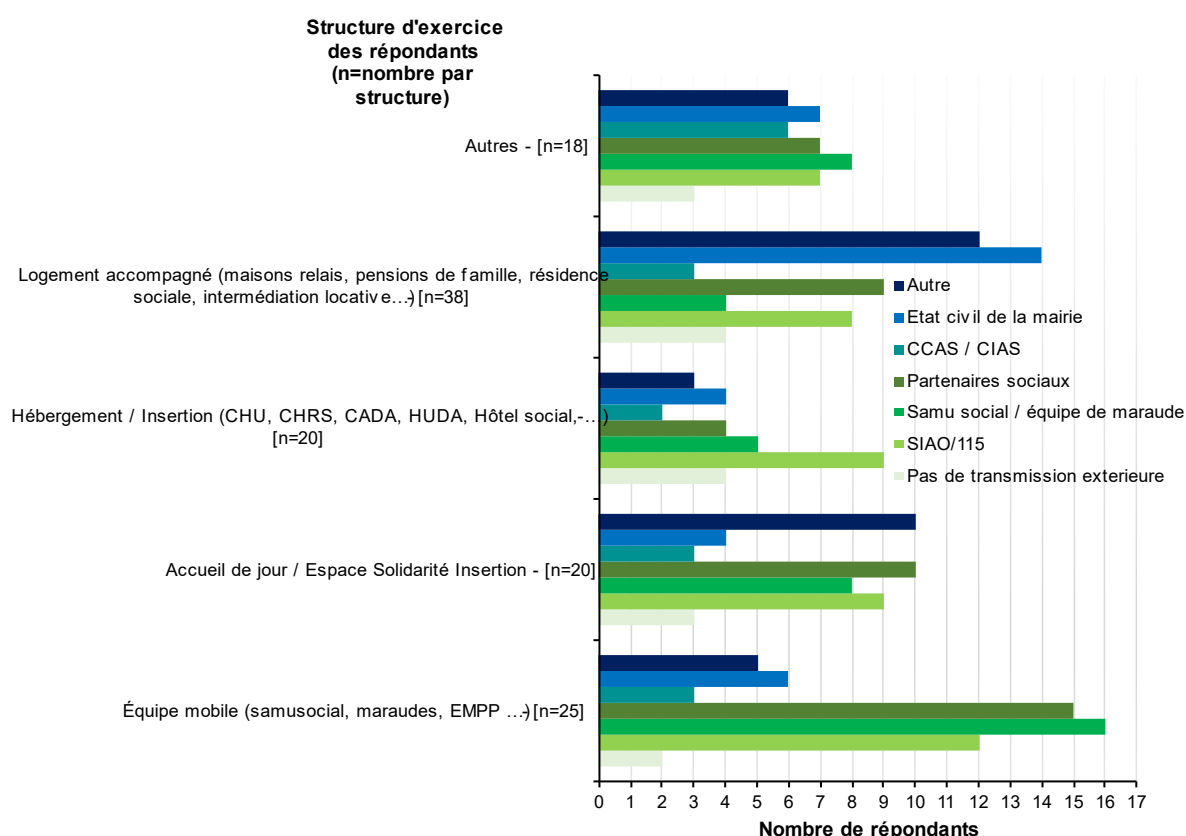


Figure 58 - Acteurs bénéficiant du partage de l'information selon le type de structure des participants

A contrario, les structures de type logement accompagné communiquent préférentiellement auprès des acteurs publics de type état civil des mairies, CAF, MDPH, DDETS⁹⁰, DRIHL, des services des impôts mais également auprès des mandataires de justice, des banques, des services d'aide à la personne.

La catégorie Structure « Autres » regroupe les structures qui comptabilisent moins de 5 participants. Parmi eux, il est constaté que les structures de type AVDL-ASLL communiquent avec la quasi-totalité des connaissances ou acteurs proches du défunt. Les structures relevant des demandeurs d'asile communiquent plutôt auprès de l'OFII. Les SIAO/115 communiquent fréquemment entre eux, avec les samusociaux/maraudes, les autres partenaires sociaux.

Parmi les structures ne transmettant aucune information à un partenaire extérieur, aucune ne ressort en particulier. Les arguments avancés sont variés. La transmission peut être conditionnée à l'aval de la direction de la structure. Certaines qui accueillent beaucoup d'usagers n'ont accès à l'information que tardivement après le décès et ne trouvent plus d'intérêt à la transmettre de nouveau. Il arrive également que le dossier du défunt soit confié à un curateur ou à un mandataire qui se charge alors de mener les différentes actions nécessaires. Certains participants ont déclaré ne pas avoir le réflexe de prévenir les différents acteurs, d'autres ont mis en avant le secret professionnel comme raison de non transmission d'informations.

Les participants qui transmettent des données aux acteurs externes (n=105) ont été interrogés sur leur pratique de communication auprès du CMDR (Tableau 26).

Tableau 26 - Transmission de l'information "décès" au CMDR selon la structure d'exercice des répondants

Transmission au CMDR	Non		Oui, mais pas systématiquement		Oui, systématiquement		SAI		Total	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Équipe mobile	2	9%	8	35%	11	48%	2	9%	23	100%
Accueil de jour / ESI	8	47%	2	12%	6	35%	1	6%	17	100%
Hébergement / Insertion	7	44%	3	19%	2	13%	4	25%	16	100%
Logement accompagné	17	50%	4	12%	2	6%	11	32%	34	100%
Autres	3	20%	7	47%	3	20%	2	13%	15	100%
Total participants	37	35%	24	23%	24	23%	20	19%	105	100%

Il apparaît que 46% déclarent signaler des décès au CMDR mais seulement 23% de manière systématique. Les participants exerçant dans des équipes mobiles apparaissent comme les plus grands contributeurs. La majorité des participants exerçant dans des accueils de jour, les structures d'hébergement/insertion et de logement accompagné ne transmettent pas d'information au CMDR (respectivement 47%, 44% et 50% de non signalement).

Parmi les motifs invoqués de non transmission ou de signalement mais de manière irrégulière, les participants invoquent le manque de temps, l'oubli, l'absence de coordonnées pour signaler un décès, le manque de procédure de transmission avec le CMDR. D'autres expliquent que des personnes ressources sont identifiées au sein de la structure et sont en charge de cette communication.

Il est également exprimé la méconnaissance du rôle et des actions du CMDR, de la définition de cas utilisé par le système de surveillance et des enjeux d'un tel partage d'informations. Certains acteurs ne communiquent auprès du CMDR qu'en dernier recours si aucun proche ou membre de la famille n'est retrouvé ou lorsque la structure s'occupe entièrement de l'organisation des funérailles.

Il arrive aussi que le rôle de la structure dans l'accompagnement de la personne sans soit prédictif de la transmission de l'information. Autrement dit si la structure n'était pas en charge du suivi de la personne de son vivant, elle ne signalera pas au CMDR le décès.

Certains questionnent l'utilité même de la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile.

⁹⁰ Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

Perspectives d'amélioration de l'accompagnement par le CMDR

Pour conclure, les participants étaient invités à formuler les actions qui pourraient être mise en œuvre par le CMDR afin d'être mieux accompagnés face au décès.

Contribuer au développement structurel des acteurs

- Développer des actions d'information et de sensibilisation du CMDR et des différentes actions d'accompagnement et de formation auprès des acteurs de l'AHI-L (équipe de directions et intervenants)
- Mener des actions de sensibilisation à la gestion du décès pour inciter à la mise en place d'actions spécifiques en interne
- Organiser des séances de sensibilisation auprès des responsables de structure une fois par an afin de communiquer sur les actions du CMDR en y intégrant un temps de questions/réponses
- Développer des collaborations avec les acteurs de l'AHI-L et les accompagner dans le développement en interne d'une véritable compétence de gestion du deuil :
 - Inciter à participer à des formations de gestion de décès / développer des actions de formation
 - Élaborer des protocoles de gestion des décès
 - Développer des groupe de paroles
 - Proposer une offre d'écoute et de soutien psychologique
 - Développer une assistance au décès pour permettre aux intervenants de se sentir moins isolés
 - Faciliter la prise en charge et le suivi psychologique

Améliorer le signalement des décès

- Développer une fiche de liaison rapide pour informer du décès
- Communiquer de manière régulière :
 - Par un mail de sensibilisation à l'importance du signalement en y mentionnant les différents moyens de transmission disponibles
 - Par des invitations périodiques à communiquer au CMDR des décès survenus par un retour de questionnaire afin de prendre l'habitude de communiquer rapidement les décès survenus.
- Travailler avec les SIAO à un bilan des décès à l'échelle départementale pour :
 - Améliorer la recherche
 - Communiquer auprès des acteurs départementaux et les sensibiliser à la transmission des décès et au développement d'une compétence de gestion des décès
 - Orienter l'action publique

Améliorer la communication autour des décès

- Publier des annonces de décès dans le journal
- Développer la rétro-information auprès des sources de signalement : les acteurs sont parfois prévenus tardivement des décès et ne peuvent par exemple, ni contribuer ni se rendre aux funérailles

Renforcer l'offre de formation du CMDR

- Développer des supports d'information en libre accès :
 - Plaquettes d'information sur les démarches à faire, le soutien possible
 - Procédures, notices ou fiches explicatives sur les démarches à réaliser
 - Guide à destination des professionnels sur les formalités pratiques à réaliser en fonction des situations d'isolement des personnes décédées (notamment les personnes seules sans famille retrouvée/identifiée)
- Augmenter le nombre de sessions de formation organisées par le CMDR et spécifiquement pour les nouveaux salariés d'une structure

Frédéric, 43 ans

Frédéric vivait seul mais avec des amis eux-mêmes installés dans des caravanes ou des camions.

Il avait des copains partout. Enfant, il avait accompagné sa mère, prostituée avant d'être élevé par un oncle violent puis il avait été placé dans un foyer.

Frédéric est décédé seul dans sa caravane.

- Thématiques de formation proposées:
 - Accompagner à l'élaboration des directives anticipées (quand, comment, qui, pourquoi, ...)
 - Gestion lors de la découverte du corps
 - Démarches administratives et dispositifs existant autour des funérailles
 - Formation sur le deuil
 - Gérer le décès dans une structure collective
 - Offre d'accompagnement au deuil pour les autres résidents
 - Échange de pratiques
 - Accompagner les membres de la famille qui n'avaient plus de contact depuis plusieurs années avec le défunt
 - Formation sur les contrats obsèques et assurances obsèques solidaires
 - Formation sur l'annonce d'un décès auprès des proches (co-résidents, compagnons de rue)
 - Développer des procédures en interne et en externe avec les différents partenaires locaux (du type médecins, tuteurs, mairie, ...)

DISCUSSION & CONCLUSION

Limites

Tout d'abord, l'effectif de l'échantillon n'a pas été atteint. Avec 121 participants, l'échantillon ne correspond qu'à 24% de l'effectif attendu. Conséquence immédiate, les résultats ne peuvent être représentatifs de la population source et l'étude manque de puissance. Il existe par ailleurs un biais de sélection évident puisque près de 79% des participants déclarent connaître le CMDR. Bien que les modalités de diffusion du questionnaire aient été multiples et que le principal collecteur ait été la newsletter de la Fédération des Acteurs de la Solidarité, les personnes sensibles au travail du CMDR sont surreprésentées dans l'échantillon par rapport aux autres. L'enquête réalisée est une étude de type transversale, elle ne permet pas de mettre en évidence de chronologie dans les éléments évalués. Ainsi, il serait erroné d'interpréter le résultat suivant qui pourrait laisser penser que les participants se sont tournés vers le CMDR faute d'informations sur les décès en interne : parmi les personnes ayant eu connaissance d'un décès, 79% n'avaient pas bénéficié de formation et 53% ne disposaient pas de protocole au sein de leur structure, alors que 83% connaissaient le CMDR. Le questionnaire contient un certain nombre de questions conditionnées à des réponses antérieures ce qui en complexifie l'analyse et en limite un usage en routine. Enfin, il s'agit d'un questionnaire auto-administré avec des modalités de réponse préexistantes, ce qui ne favorise donc pas une argumentation précise dans les réponses par les participants.

Principaux résultats

79% des participants de l'enquête ont connaissance du CMDR, principalement via l'hommage annuel, les collègues de travail ou par des collaborations directes avec le CMDR et sont majoritairement implantés en Île-de-France. Par comparaison avec l'enquête de 2012, il semble malgré tout que la connaissance du CMDR ait progressé dans les autres régions. Les répondants ont décrit un faible niveau de formation à la gestion de décès (21%). Un peu plus d'un participant sur 3 dispose d'un protocole au sein de sa structure d'exercice. La grande majorité des enquêtés a été confrontée à un décès (88%). Il s'agissait généralement de personnes prises en charge directement par les participants. De plus, les intervenants exerçant dans des structures de bas seuil (accueils de jour, équipes mobiles) ont déclaré être exposés à des décès plus fréquents. Ceci pourrait s'expliquer par des usagers plus vulnérables avec un suivi social et médico-social moins régulier. L'exploration des besoins des participants face au décès met en évidence des demandes multiples de soutien : gestion des premières démarches face au décès, aide administrative, soutien à l'organisation des funérailles, à la gestion du deuil. L'écoute et le soutien psychologique sont plébiscités par ceux ayant déjà fait l'expérience du deuil et ayant bénéficié d'un accompagnement. Près de 53% des participants demandent à être aidés pour mener la recherche des proches ou des membres de la famille. 87% des participants transmettent des informations à des acteurs extérieurs mais seulement 40% au CMDR. Parmi certaines des raisons évoquées : la méconnaissance du CMDR, l'oubli et le manque de temps.

Perspectives

Malgré les limites inhérentes à cette enquête, un aperçu des pratiques face au décès a été obtenu, pointant des pistes à explorer. L'enquête a permis de comparer quelques résultats avec ceux obtenus en 2012. Enfin, un certain nombre de recommandations et pistes d'action ont été suggérées par les participants. Il en ressort pour le CMDR un enjeu à formaliser des partenariats avec les acteurs du secteur, notamment les plus conséquents en termes de nombre de personnes sans domicile prises en charge et de salariés. Une collaboration de ce type devrait permettre d'impulser cette dynamique de gestion des décès⁹¹ et de l'intégrer dans les pratiques de toutes les équipes voir dans le projet associatif de la structure afin de la systématiser.

Mettre en œuvre une nouvelle étude de ce type sur un territoire donné plus restreint comme l'échelon départemental et permettant une inclusion plus active des participants pourrait permettre de dresser un constat par département plus représentatif et de mettre en place des actions ciblées auprès des acteurs les plus exposés au décès.

⁹¹ Formations, protocoles de gestion des décès et procédure de signalements et de partage de l'information avec le CMDR

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire de l'enquête de 2012

CONNAISSEZ-VOUS LE COLLECTIF « LES MORTS DE LA RUE » ?

VOUS

Nom :

Prénom :

Association :

Fonction :

Depuis combien de temps occupez-vous à cette fonction ? ☐ < 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 1 à 4 ans ☐ 5 ans et +
 Etiez-vous déjà en actif (salarié ou bénévole) dans une association concernant les personnes à la rue avant d'occuper ce poste ? ☐ Non ☐ Oui
 → Si oui, laquelle (ou lesquelles) ?

LE COLLECTIF DES MORTS DE LA RUE

Q1. Avant ce courrier, aviez-vous déjà entendu parler du Collectif Les Morts de la rue ? ☐ Non ☐ Oui

Q2. Si oui, comment ou à quelle occasion en avez-vous entendu parler la première fois ?

- ☐ Sans objet, jamais entendu parler
☐ Par une connaissance qui travaille/est bénévole au Collectif
☐ Par des collègues/bénévoles de l'association pour laquelle je travaille
☐ Lors d'une réunion de coordination des maraudes
☐ Lors d'une réunion de cellules précarité
☐ Lors d'une autre réunion : précisez :
☐ J'ai lu un article de presse sur le Collectif
☐ J'ai reçu un mail de la liste « Connaissiez-vous ? »
☐ J'ai reçu le faire-part du Collectif
☐ J'ai été contacté par le Collectif
☐ Lors d'une célébration des Morts de la Rue
☐ J'ai vu une affiche du Collectif Les Morts de la Rue dans la rue
☐ Sur internet, j'ai consulté le site du Collectif
☐ J'ai entendu parler du Collectif à la télévision ou à la radio

Autre :

Q3. Quels sont, d'après vous, les objectifs du Collectif Les Morts de la rue ?

Collectif « Les Morts de la Rue »

Bureau : 72 rue Orfila 75020 PARIS ; tel 01 42 45 08 01. Fax 01 47 97 23 87
 Port. : 06.82.86.28.94 mortsdelarue@wanadoo.fr

SIGNALLEMENT DU DECES D'UNE PERSONNE SANS CHEZ SOI OU ANCIENNEMENT SANS CHEZ SOI	
Q4. Avez-vous déjà eu connaissance de la mort d'une personne sans chez soi ou anciennement sans chez soi ? ☐ Oui, mais je ne connaissais pas bien la personne ☐ Oui, et je connaissais bien la personne ☐ Oui, parfois je connaissais bien la personne, parfois je ne la connaissais pas  Vous avez répondu « oui », remplissez les questions Q5 à Q15 dans la colonne rouge (à gauche) ☐ Non ☐ Je ne me rappelle plus  Vous avez répondu « non » ou « je ne me rappelle plus », remplissez les questions Q16 à Q25 dans la colonne bleue (à droite)	
VOUS AVEZ DÉJÀ ÊTE CONFRONTÉ AU DECES D'UNE PERSONNE SANS CHEZ SOI Q5. Avez-vous (vous-même ou vos collègues) déjà signalé le décès d'une personne sans chez soi ou anciennement sans chez soi au Collectif Les Morts de la Rue ? ☐ Non, jamais ☐ Oui, mais pas systématiquement ☐ Oui, systématiquement Q6. Pourriez-vous nous dire pourquoi ?	VOUS N'AVEZ JAMAIS ÊTE CONFRONTÉ AU DECES D'UNE PERSONNE SANS CHEZ SOI Q16. Auriez-vous signalé le décès d'une personne sans chez soi ou anciennement sans chez soi au Collectif Les Morts de la Rue si vous y aviez été confronté ? ☐ Non, je ne pense pas ☐ Oui, mais pas systématiquement ☐ Oui, systématiquement ☐ Je ne sais pas Q17. Pourriez-vous nous dire pourquoi ?
Q7. Savez-vous que les décès que vous nous signalez peuvent ne pas être inscrits sur le site internet et/ou sur le faire-part ? ☐ Non, je pensais qu'ils étaient inclus systématiquement ☐ Oui, je savais que nous pouvions demander de ne pas publier ces informations ☐ Je ne savais pas que les décès étaient publiés sur les faire-part ou sur le site internet Autre réponse :	Q18. Savez-vous que les décès que vous pourriez nous signaler peuvent ne pas être inscrits sur le site internet et/ou sur le faire-part ? ☐ Non, je pensais qu'ils étaient inclus systématiquement ☐ Oui, je savais que nous pouvions demander de ne pas publier ces informations ☐ Je ne savais pas que les noms étaient publiés sur les faire-part ou sur le site internet Autre réponse :
Q8. Savez-vous que le décès peut être publié de façon anonyme sur nos faire-part ? ☐ Non, je pensais que vous publieriez systématiquement l'identité de la personne ☐ Oui, je savais que nous pouvions demander que les informations soient anonymes ☐ Je ne savais pas que les noms étaient publiés sur les faire-part ou sur le site internet Autre réponse :	Q19. Savez-vous que le décès peut être publié de façon anonyme sur nos faire-part ? ☐ Non, je pensais que vous publieriez systématiquement l'identité de la personne ☐ Oui, je savais que nous pouvions demander que les informations soient anonymes ☐ Je ne savais pas que les noms étaient publiés sur les faire-part ou sur le site internet Autre réponse :

Q9. Trouveriez-vous pratique d'avoir une feuille de signalement téléchargeable sur le site internet du collectif des Morts de la Rue que vous pourriez nous envoyer par courrier ou par mail pour nous signaler les décès ? ☐ Non, je préfère appeler ☐ Non, je préfère envoyer un mail ☐ Oui, cela pourrait être intéressant ☐ Je ne sais pas	Q20. Trouveriez-vous pratique d'avoir une feuille de signalement téléchargeable sur le site internet du collectif des Morts de la Rue que vous pourriez nous envoyer par courrier ou par mail pour nous signaler les décès ? ☐ Non, je préfère appeler ☐ Non, je préfère envoyer un mail ☐ Oui, cela pourrait être intéressant ☐ Je ne sais pas
Q10. Propositions libres pour améliorer notre communication sur le signalement des décès des personnes sans chez soi ou ayant été sans chez soi ?	Q21. Propositions libres pour améliorer notre communication sur le signalement des décès des personnes sans chez soi ou ayant été sans chez soi ?
ACCOMPAGNEMENT DANS LE DEUIL	
Q11. Avez-vous trouvé un soutien après ce décès ? ☐ Non, je n'en avais pas besoin ☐ Non, mais j'en aurais eu besoin ☐ Oui ☐ Je ne me rappelle plus	Q22. Pensez-vous que vous auriez eu besoin d'un soutien après ce décès ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas
Q12. De quel type de soutien avez-vous eu besoin ? ☐ Aucun ☐ Administratif ☐ Juridique ☐ Mise en lien ☐ Aide à l'organisation ☐ Ecoute/soutien psychologique ☐ Autre : _____ ☐ Je ne sais pas → Précisions : _____	Q23. De quel type de soutien auriez-vous besoin ? ☐ Aucun ☐ Administratif ☐ Juridique ☐ Mise en lien ☐ Aide à l'organisation ☐ Ecoute/soutien psychologique ☐ Autre : _____ ☐ Je ne sais pas → Précisions : _____
Q13. Après de qui avez-vous trouvé du soutien ?	Q24. Après de qui iriez-vous chercher du soutien ?
Q14. Ce soutien était-il satisfaisant ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne se rappelle pas	<i>Sans objet</i>
Q15. Savez-vous que le Collectif peut vous accompagner dans le deuil ? ☐ Non ☐ Oui	Q25. Savez-vous que le Collectif peut vous accompagner dans le deuil ? ☐ Non ☐ Oui

RECHERCHE DE LA FAMILLE OU DES PROCHES	
Q26. Avez-vous essayé de rechercher la famille ou les amis de la personne décédée ? ☐ Oui, j'ai essayé ☐ Sans objet, jamais été confronté au décès d'une personne sans chez soi ☐ Non, je n'ai pas essayé ☐ Je ne me rappelle pas Vous avez répondu « oui », remplissez les questions Q27 à Q29 dans la colonne verte (à gauche) Vous avez répondu « sans objet », « non » ou « je ne me rappelle plus », remplissez les questions Q30 à Q32 dans la colonne orange (à droite)	
VOUS AVEZ DÉJÀ CHERCHÉ LA FAMILLE OU LES AMIS D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE	VOUS N'AVEZ JAMAIS CHERCHÉ LA FAMILLE OU LES AMIS D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE
Q27. Après de qui avez-vous fait des démarches pour rechercher la famille, les amis, les autres partenaires sociaux ?	Q30. Après de qui feriez-vous fait des démarches pour rechercher la famille et les amis les autres partenaires sociaux ?
Q28. Auriez-vous souhaité avoir du soutien pour cette recherche ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne me rappelle pas	Q31. Souhaiteriez-vous avoir du soutien si vous aviez dû faire cette recherche ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas
Q29. Savez-vous que le Collectif Les Morts de la Rue peut vous aider dans ces démarches ? ☐ Non ☐ Oui	Q32. Savez-vous que le Collectif Les Morts de la Rue peut vous aider dans ces démarches ? ☐ Non ☐ Oui
Q33. Seriez-vous intéressé pour recevoir ponctuellement un document du Collectif décrivant les personnes mortes de la rue au cours de l'année écoulée ? ☐ Non ☐ Oui, mais pas plus d'une fois par an ☐ Oui, même plus d'une fois par an ☐ Je ne sais pas	
Q34. Commentaires libres sur le Collectif Les Morts de la Rue :	

Annexe 2 – Questionnaire de l'enquête RECOL

ENQUETE RECOL

Q1 Merci de sélectionner avec attention votre choix parmi les propositions suivantes:

- 1 J'accepte de renseigner mon identité et mes coordonnées afin de recevoir les résultats de cette enquête uniquement.
- 2 J'accepte de renseigner mon identité et mes coordonnées afin de recevoir les résultats de cette enquête et d'être recontacté.e par le CMDR le cas échéant.
- 3 Je ne souhaite pas recevoir les résultats de l'enquête et je ne veux pas que le CMDR me recontacte.

Q1=1,2>>Q2, Q3, Q4 et Q5

Q1=3 >> Q6

Merci de renseigner votre nom, prénom, votre adresse mail et votre numéro de téléphone.

Q2 Votre nom:

Q3 Votre prénom:

Q4 Votre adresse mail:

Q5 Votre numéro de téléphone:

Q6 Avant cette enquête, aviez-vous déjà entendu parler du Collectif Les Morts de la Rue ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q6=1 >> Q7

Q6=2 >> Q8

Q7 Comment en avez-vous entendu parler? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Par une connaissance qui travaille ou est bénévole au CMDR
- 2 Par des collègues ou bénévoles de la structure dans laquelle je travaille
- 3 Ma structure et/ou moi-même avons reçu le faire-part du CMDR
- 4 J'ai été contacté.e par le CMDR
- 5 A travers l'hommage annuel aux morts de la rue organisé par le CMDR
- 6 Par internet, j'ai consulté le site du CMDR
- 7 Par les newsletters de la Fédération des Acteurs de la Solidarité
- 8 Si autre, merci de préciser:

Q7 >> Q8

Q8 Dans quel type de structure exercez-vous?

- 1 Équipe mobile (samusocial, maraudes, EMPP ...)
- 2 Accueil de jour / Espace Solidarité Insertion
- 3 Hébergement / Insertion (CHU, CHRS, CADA, HUDA, Hôtel social, ...)
- 4 Logement accompagné (maisons relais, pensions de famille, résidence sociale, intermédiation locative...)
- 5 Structures médico-sociales (ACT, LAM, LHSS, FAM, MAS, ...)
- 6 SIAO/115
- 7 CCAS/CIAS
- 8 Service d'Accueil et d'Orientation (SAO)
- 9 Si autre, merci de préciser:

Q8 >> Q9

Q9 Dans quelle région est implantée votre structure?

- 1 Auvergne Rhône Alpes
- 2 Bourgogne Franche Comté
- 3 Bretagne
- 4 Centre Val de Loire
- 5 Corse
- 6 Grand Est
- 7 Guadeloupe
- 8 Guyane
- 9 Hauts de France
- 10 Ile de France
- 11 La Réunion
- 12 Martinique
- 13 Mayotte
- 14 Normandie
- 15 Nouvelle Aquitaine
- 16 Occitanie
- 17 Pays de la Loire
- 18 Provence Alpes Côte d'Azur

Q9 >> Q10

Q10 Quel y est votre statut?

- 1 Bénévole
- 2 Salarié.e
- 3 Si autre, merci de préciser:

Q10 >> Q11

Q11 Dans votre structure, avez-vous bénéficié d'une formation ou d'une sensibilisation à la gestion des décès ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q11 >> Q12

Q12 Existe t'il un protocole ou un mode opératoire pour faire face et gérer un décès?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q12 >> Q13

Q13 Avez-vous déjà eu connaissance de la mort de personne(s) sans domicile ou anciennement sans domicile?

- 1 Oui
- 2 Non

Q13=1 >> Q14

Q13=2 >> Q36

Q14 A combien de décès de personnes sans domicile ou anciennement sans domicile avez-vous été directement confronté au cours de l'année 2021?

- 1 au moins un décès
- 2 Entre 1 et 5 décès
- 3 Entre 5 et 10 décès
- 4 Plus de 10 décès

Q14 >> Q15

Q15 De manière générale, quel lien, le plus fréquent, aviez-vous avec ces personnes décédées?

- 1 Vous les connaissiez et vous les accompagniez sur le plan social, médico-social ou sanitaire
- 2 Vous les connaissiez mais c'est un.e collègue qui assurait leur suivi social, médico-social ou sanitaire
- 3 Vous les connaissiez mais leur suivi n'était pas assuré par votre structure.
- 4 Vous ne les connaissiez pas mais des tiers vous ont signalé ces décès

Q15 >> Q16

Q16 Accompagnement dans le deuil. Avant de répondre aux questions suivantes, prenez quelques instants pour vous remémorer la situation la plus fréquente à laquelle vous avez été confronté lors du décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile.

Avez-vous trouvé un soutien après ce décès ?

- 1 Non, je n'en avais pas besoin
- 2 Non, mais j'en aurais eu besoin
- 3 Oui, j'ai trouvé du soutien
- 4 Je ne me rappelle plus

Q16=1 >> Q39

Q16=2 >> Q17

Q16=3 >> Q18

Q16=4 >> Q39

Q17 De quels types de soutien, auriez-vous eu besoin? (Réponses à choix multiples)

- 1 Une aide pour gérer les premiers instants: découverte du corps, le premier appel vers qui, la gestion des personnes autour, ...
- 2 Une aide sur le plan administratif: déclaration du décès, dernières volontés du défunt, gestion auprès des administrations (Pôle emploi, banques, ...), inventaire et gestion des effets personnels, testament, contrat obsèques, ...
- 3 Un soutien à l'organisation des funérailles: aide à l'organisation, démarches à mettre en œuvre, inhumation/crémation, quelle prise en charge financière, qui prévenir, ...
- 4 Une aide à la gestion du deuil: participation ou non aux funérailles, prévenir l'équipe du décès, communication aux co-résidents ou aux proches de la rue, organisation d'un temps d'hommage, actions en faveur de la mémoire, ...
- 5 Une écoute, un soutien psychologique, un débriefing individuel et/ou collectif
- 6 Si autre, merci de préciser :

Q17 >> Q39

Q18 Avez-vous eu besoin d'un soutien pour gérer les premiers instants: découverte du corps, le premier appel vers qui, la gestion des personnes autour, ... ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q18=1 >> Q19

Q18=2 >> Q21

Q19 Auprès de qui avez-vous trouvé ce soutien?

Q19 >> Q20

Q20 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q20 >> Q21

Q21 Avez-vous eu besoin d'un soutien sur le plan administratif: déclaration du décès, dernières volontés du défunt, gestion auprès des administrations (Pôle emploi, banques, ...), inventaire et gestion des effets personnels, testament, contrat obsèques, ... ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q21=1 >> Q22

Q21=2 >> Q24

Q22 Auprès de qui avez-vous trouvé ce soutien?

Q22 >> Q23

Q23 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q23 >> Q24

Q24 Avez-vous eu besoin d'un soutien à l'organisation des funérailles: aide à l'organisation, démarches à mettre en œuvre, inhumation/crémation, quelle prise en charge financière, qui prévenir, ... ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q24=1 >> Q25

Q24=2 >> Q27

Q25 Auprès de qui avez-vous ce soutien?

Q25 >> Q26

Q26 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q26 >> Q27

Q27 Avez-vous eu besoin d'une aide à la gestion du deuil: participation ou non aux funérailles, prévenir l'équipe du décès, communication aux co-résidents ou aux proches de la rue, organisation d'un temps d'hommage, actions en faveur de la mémoire, ...

- 1 Oui
- 2 Non

Q27=1 >> Q28

Q27=2 >> Q30

Q28 Auprès de qui avez-vous ou auriez-vous trouvé du soutien?

Q28 >> Q29

Q29 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q29 >> Q30

Q30 Avez-vous eu besoin d'une écoute, un soutien psychologique, un débriefing individuel et/ou collectif?

- 1 Oui
- 2 Non

Q30=1 >> Q31

Q30=2 >> Q33

Q31 Après de qui avez-vous trouvé cette écoute ou ce soutien?

Q31 >> Q32

Q32 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q32 >> Q33

Q33 Avez-vous ou eu besoin d'un autre type de soutien ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q33=1 >> Q34

Q33=2 >> Q36

Q34 De quel type de soutien s'agissait-il ? Après de qui vous êtes vous tourné?

Q34 >> Q35

Q35 Ce soutien était-il satisfaisant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q35 >> Q39

Q36 Accompagnement dans le deuil Vous n'avez pas été confronté au décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile

Pensez-vous avoir besoin d'un soutien si cela survenait?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q36=1 >> Q37

Q36=2 >> Q44

Q36=9 >> Q44

Q37 De quels types de soutien, auriez-vous alors besoin? (Réponses à choix multiples)

- 1 Une aide pour gérer les premiers instants: découverte du corps, le premier appel vers qui, la gestion des personnes autour, ...
- 2 Une aide sur le plan administratif: déclaration du décès, dernières volontés du défunt, gestion auprès des administrations (Pôle emploi, banques, ...), inventaire et gestion des effets personnels, testament, contrat obsèques, ...
- 3 Un soutien à l'organisation des funérailles: aide à l'organisation, démarches à mettre en œuvre, inhumation/crémation, quelle prise en charge financière, qui prévenir, ...
- 4 Une aide à la gestion du deuil: participation ou non aux funérailles, prévenir l'équipe du décès, communication aux co-résidents ou aux proches de la rue, organisation d'un temps d'hommage, actions en faveur de la mémoire, ...
- 5 Une écoute, un soutien psychologique, un débriefing individuel et/ou collectif

Si autre, merci de préciser :

Q37 >> Q38

Q38 Auprès de qui iriez-vous chercher ce ou ces soutiens ?

Q38 >> Q44

Q39 Recherche de la famille ou des proches

Avez-vous essayé de rechercher la famille ou les amis de la personne décédée ?

- 1 Oui, j'ai essayé et j'ai réussi
- 2 Oui, j'ai essayé mais je n'ai pas réussi
- 3 Non, je n'ai pas essayé
- 4 Je ne me rappelle pas

Q39=1 >> Q40

Q39=2 >> Q40

Q39=3 >> Q42

Q39=4 >> Q42

Q40 Recherche de la famille ou des proches Vous avez déjà recherché la famille, les amis d'une personne décédée

Auprès de qui avez-vous fait des démarches pour rechercher la famille, les amis, les autres partenaires sociaux ?

Q40 >> Q41

Q41 Auriez-vous souhaité avoir du soutien pour cette recherche ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q41 >> Q46

Q42 Recherche de la famille ou des proches Vous n'avez pas été amené à rechercher la famille, les amis d'une personne décédée

Auprès de qui feriez-vous des démarches pour rechercher la famille, les amis ou les autres partenaires sociaux ?

Q42 >> Q43

Q43 Souhaiteriez-vous avoir du soutien si vous deviez faire cette recherche ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q43 >> Q46

Q44 Recherche de la famille ou des proches Vous n'avez jamais été confronté au décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile

Auprès de qui feriez-vous des démarches pour rechercher la famille, les amis ou les autres partenaires sociaux ?

Q44 >> Q45

Q45 Souhaiteriez-vous avoir du soutien si vous deviez faire cette recherche ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne se prononce pas

Q45 >> Q49

Q46 Signalement du décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile

Lorsque vous prenez connaissance du décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile, à qui transmettez vous cette information ? (Réponses à choix multiples)

- 1 Je ne transmets pas cette information à des acteurs extérieurs à ma structure
- 2 SIAO/115
- 3 Samu social / équipe de maraude
- 4 Autres acteurs associatifs de l'AHJ avec qui vous êtes en collaboration (maraudes, accueil de jour, CHU, CHRS, ...)
- 5 CCAS / CIAS
- 6 Etat civil de la mairie
- 7 Si autre, merci de précisez:

Q46 = 1 >> Q48

Q46=2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 >> Q47

Q47 Signalez-vous (vous-même ou vos collègues) ce décès au Collectif Les Morts de la Rue ?

- 1 Non
- 2 Oui, mais pas systématiquement
- 3 Oui, systématiquement

Q47=1 >> Q52

Q47=2 >> Q54

Q47=3 >> Q56

Q48 Pourriez-vous nous en préciser les raisons?

FIN

Q49 Signalement du décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile

Si vous appreniez le décès d'une personne sans domicile ou anciennement sans domicile, à qui transmettriez vous cette information ? (Réponses à choix multiples)

- 1 Je ne transmettrais pas cette information à des acteurs extérieurs à ma structure
- 2 SIAO/115
- 3 Samu social / équipe de maraude
- 4 Acteurs associatifs de l'AHJ avec qui vous êtes en collaboration
- 5 CCAS/CIAS
- 6 Etat civil de la mairie
- 7 Si autre, merci de précisez:

Q49=1 >> Q51

Q49=2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 >> Q50

Q50 Signalerez-vous (vous-même ou vos collègues) ce décès au Collectif Les Morts de la Rue ?

- 1 Non
- 2 Oui, mais pas systématiquement
- 3 Oui, systématiquement

Q50=1 >> Q52

Q50=2 >> Q54

Q50=3 >> Q56

Q51 Pourriez-vous nous en préciser les raisons?

FIN

Q52 Pourriez-vous nous en préciser les raisons ?

Q52 >> Q53

Q53 Selon vous, quelles actions pourraient être mises en œuvre par le CMDR pour mieux vous accompagner face au décès?

FIN

Q54 Pourriez-vous nous en préciser les raisons ?

Q54 >> Q55

Q55 Selon vous, quelles actions pourraient être mises en œuvre par le CMDR pour mieux vous accompagner face au décès?

FIN

Q56 Selon vous, quelles actions pourraient être mises en œuvre par le CMDR pour mieux vous accompagner face au décès?

FIN

**VIVRE
A LA RUE
TUE !**

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

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

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