

COMMUNICATION

La santé des sans-abri

MOTS-CLÉS : SANS-ABRI. DISPARITÉS D'ACCÈS AUX SOINS.

Health of the homeless

Key-words (Index medicus): HOMELESS PERSONS. HEALTHCARE DISPARITIES

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Olivier CHA *

RÉSUMÉ

La population des personnes sans domicile fixe est difficile à définir et son nombre est complexe à évaluer. On comptabilise en France presque 4 millions de mal logés, 85 000 sans-abri. La majorité d'entre eux n'est pas visible dans l'espace public. Un tiers travaille, un quart vit avec des enfants, un autre tiers est âgé de 18 à 29 ans. Rupture de tout lien social et hébergement totalement absent sont des constantes.

Il n'y a pas de pathologies spécifiques aux sans-abri. En revanche l'épidémiologie diffère de celle de la population générale. Par exemple le taux d'incidence de la tuberculose est 30 fois plus élevé. Les prises en charge médicales sont beaucoup trop tardives. En conséquence on observe nombre de limitations fonctionnelles, séquelles d'accidents graves, hospitalisations trois fois plus fréquentes. Une maladie chronique est présente chez 45 % d'entre eux. Leur espérance de vie est de 47,6 ans, soit 30 à 35 ans de moins que les chiffres habituellement avancés pour la France.

Pour être efficace la prise en charge médicale est intimement liée au règlement de la question sociale et de l'hébergement.

SUMMARY

The homeless population is difficult to define and its number difficult to evaluate. In France, it is estimated that almost 4 million people living in substandard accommodation, and 85 000 homeless people. Most homeless people rarely frequent public spaces. One-third have a job, one-quarter live with children, and one-third are between 18 and 29 years old. Shared

* Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique — Hôpitaux de Paris, Policlinique Baudelaire, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine — 75012 Paris ; e-mail : cha.olivier@sat.aphp.fr.

Tirés à part : Docteur Olivier CHA, même adresse

Article reçu le 6 janvier 2013, accepté le 4 février 2013

characteristics include a collapse of social ties and a complete lack of stable accommodation. There are no illnesses specific to homeless people, but their epidemiology differs from the general population: the incidence rate of tuberculosis is 30 times higher, for example. Medical care often arrives far too late. As a result, functional deficits are common, often following serious accidents, and hospitalization is three times more frequent. A chronic disease is present in 45 % of cases. Average life expectancy is only 47.6 years — between 30 and 35 years lower than for the general French population. Medical care can only be fully effective if these patients' social and housing issues are dealt with too.

INTRODUCTION

Depuis plus de trente ans maintenant, la présence des personnes sans domicile fixe (SDF) dans l'espace public reste très marquée. Ce fait de société est souvent évoqué par les médias à l'occasion d'une vague de grand froid ou d'une aggravation de la crise économique. Malgré la mobilisation des associations et de leurs militants, des institutions publiques et de leurs agents, le problème des sans-abri n'est pas résolu. Définir cette population, la dénombrer et analyser ses trajectoires est indispensable pour comprendre et mettre en perspective ses particularités épidémiologiques de morbidité et de mortalité. Nous verrons que la santé s'altère d'autant plus que la précarité est profonde et que cette altération entrave les possibilités d'un retour à une situation sociale plus normale. Nous sommes typiquement en présence d'un cercle vicieux.

DÉFINITIONS

Sans domicile fixe, sans-abri, grand exclu, gens de rien, clochard, vagabond, indigent, mendiant, nomade, marginal, personne sans chez-soi..., on le voit, beaucoup d'expressions empêchent d'établir une définition exacte [1]. C'est le même constat sur le plan international et en particulier européen, aucune ne fait consensus [2]. Il y a cependant un point commun à ces citoyens : l'hébergement est déficient. En France l'Insee se base uniquement sur ce critère [3] :

« Une personne est dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois. »

À la lumière de cette définition on comprend aisément qu'un sans-abri soit sans domicile fixe mais il n'est pas évident d'admettre qu'un sans-domicile fixe ait un abri, qu'un marginal puisse travailler, qu'un mendiant ait un revenu, qu'un vagabond ait une adresse, etc.

C'est pour cela que la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) propose une typologie plus qu'une définition qui évalue le rapport de la personne avec son hébergement qu'il soit pérenne ou non pérenne, en adéquation ou pas. Elle distingue les *sans-abri* (dormant à la rue), les *sans logement* (avec un abri mais provisoire), les *en logement précaire* (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, d'expulsions, de violences domestiques) et les *en logement inadéquat* (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère). Cette description met en lumière les situations d'hébergement qui peuvent changer rapidement dans un sens comme dans l'autre [2]. Notons que l'Insee n'inclut pas dans sa définition les personnes sans domicile qui sont hébergées par un tiers, pourtant dans des conditions parfois précaires, situations très souvent vécues par les étrangers en situation illégale.

Comment se voient ceux qu'on tente de définir ?

En 1994 la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale (FNARS) posait la question auprès de personnes SDF : « Comment à partir des termes proposés suivants pourriez-vous vous définir ? » 53 % ont répondu SDF, 40 % chômeurs, 29 % libres, 21 % exclus, 19 % pauvres, 12 % marginaux, 1 % clochards [1].

La part des 29 % ayant répondu « libres » est un point remarquable par rapport aux définitions décrites précédemment. En effet, la notion de volontarisme ne semble apparaître ici que de la part des intéressés eux-mêmes. En fait de volontarisme on verra plus loin ce que cela sous-entend en terme de parcours de vie.

Une personne sans abri renvoie donc à une notion extrêmement restreinte voire nulle de l'hébergement qui peut être bref dans le temps, toujours instable, non adapté. La rue est son habitat principal.

DÉMOGRAPHIE

Les sans-abri sont exclus de la société et donc souvent des statistiques. En effet dénombrer une population définie sur un territoire donné à un moment précis nécessite la mise en place d'enquêtes dont les méthodes reposent sur la possibilité de communiquer par des moyens classiques (téléphone, courrier, etc.). Autant de moyens que n'ont la plupart du temps pas à disposition les sans-abri. Les données administratives classiquement utilisées sont également peu ou pas exploitables [4]. La difficulté est accentuée par le fait que les modes d'hébergement varient sans cesse. Les chiffres manquent donc de précision. On retiendra cependant deux sources : l'Insee et la Fondation Abbé-Pierre.

— L'Insee en 2001 procède au dénombrement des personnes sans domicile au cours d'une semaine de janvier (hors Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, Centre Provisoire d'Hébergement et centres de transit = 6 500 personnes) [5].

- **86 500** adultes, francophones et non francophones, ont eu recours au moins une fois à un service d'hébergement ou de distribution de repas chauds ;
 - dont **63 500** personnes dépourvues d'un domicile personnel (dont 59 500 francophones) ; elles étaient accompagnées de 16 000 enfants. Près du quart des adultes sans domicile (23 %) dorment dans la rue ou dans un centre d'hébergement fermé en journée. 8 % sont des personnes « sans abri » : usagers des services d'aide qui ont dormi dans un lieu qui n'est pas prévu pour l'habitation, un espace fermé et privé (cave, voiture, usine) ou un espace public (métro, gares, centres commerciaux).
- La fondation Abbé-Pierre dans son rapport annuel 2012 sur le mal-logement met à disposition les chiffres suivants [6] :
- 685 000 personnes privées de domicile personnel dont 85 000 en abri de fortune ou sans abri et 411 000 en hébergement contraint chez un tiers ;
 - 2 800 000 personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles ;
 - 80 000 gens du voyage.

On peut donc retenir ces deux chiffres : un peu moins de 4 millions de personnes sont mal ou très mal logées en France parmi lesquelles on comptabilise 85 000 personnes sans abri vivant à la rue.

TRAJECTOIRES

Les études décrivant le parcours des sans-abri sont peu nombreuses [7] et divergent dans leur interprétation. Deux visions, l'une sous l'angle de la pathologie mentale, la seconde plus sociologique tentent de donner des explications [8].

Pour le psychanalyste et ethnologue Patrick Declerck, quel que soit leur milieu social d'origine, les individus ont en commun une psychopathologie personnelle lourde doublée d'une pathologie familiale importante [9], avec trois constantes : dysfonctionnements précoces dans l'enfance (relations maternelles perturbées, troubles du sommeil et de l'alimentation, scolarité problématique), nombreux traumatismes psychiques et physiques pour eux ou leurs proches, alcoolisme-tabagisme comme forte composante familiale. Pour lui la clochardisation est un état irréversible qui n'aboutit jamais à une réinsertion. On est dans une dynamique de répétition de l'exclusion.

La seconde vision est celle du sociologue Julien Damon. Pour lui, « *la question SDF devient un problème qui ne s'analyse pas en termes d'inégalités et de mobilité sociale, mais en termes de morbidité et de catégorie singulière* [10] ». Son approche a pour qualité de rappeler que des personnes sans abri arrivent à se sortir de cet état.

Nous savons que la situation, le parcours social sont des déterminants majeurs de la santé des individus en général, et donc par voie de conséquence des sans-abri. Ces individus qui se retrouvent à un moment donné de leur vie dans une situation de grande précarité ont en commun dès l'enfance des histoires familiales extrêmement perturbées.

Pour ce qui est de l'origine sociale les avis divergent [11]. Les personnes issues de familles ouvrières pauvres paraissent offrir une prédisposition sociale au sans-abrisme. D'autres études plus ciblées sur les jeunes par exemple montrent que l'origine sociale n'est pas automatiquement prolétarienne mais assez fréquemment celle des classes moyennes, parfois aisées [12]. En effet la crise économique semble modifier la donne.

Le logement est, comme on l'a dit, la question centrale. Séparation puis décohabitation, parfois contexte d'émigration, expulsion précèdent l'entrée dans la situation de sans-domicile [13].

Quelles sont les circonstances de perte du logement ?

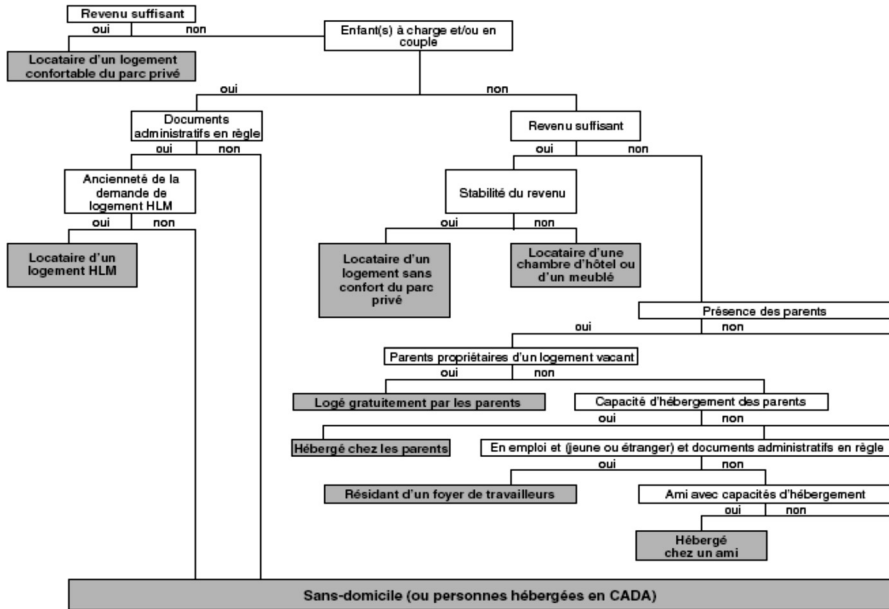
- départ du domicile conjugal 26 % ;
- fin de vie commune avec les parents 21 % ;
- arrivée en France 19 % ;
- expulsion pour raison économique 16 % ;
- expulsion pour raison matérielle 3 % ;
- sortie d'institution (hôpital, foyer, prison) 12 % ;
- mobilité pour recherche d'emploi, nouveau couple 3 %.

Le tableau I « Critères de sélection pour entrer dans les différentes formes de logement » illustre très bien la complexité des trajectoires au travers du critère *logement*. L'origine sociale et l'absence de logement donnent donc des explications tangibles. Toutefois il est important de constater qu'une grande majorité de personnes avec des origines très modestes et en manque de logement provisoire ne deviennent pas sans-abri pour autant. C'est, comme le décrit P. Declerck, le concours d'un certain nombre d'éléments qui fait la rupture. La trajectoire conduisant à l'exclusion et à la situation de sans-abri est la somme de ce que nous venons de décrire mais aussi une accumulation de désengagements au sein de réseaux (perte d'emploi puis divorce, maladie puis handicap). Certains parlent de « ruptures » pour expliquer le basculement vers la détresse et la vie à la rue. On note les ruptures du lien de filiation, les ruptures du lien d'intégration, et celles du lien de citoyenneté [14].

D'autres se réfèrent à des explications plus générales, macroéconomiques, moins attachées aux parcours individuels, expliqués par les déséquilibres entre distribution des revenus et celle des logements [15].

Enfin, nous évoquons la part des sans-abri se décrivant comme « libres ». Le volontarisme est en effet parfois évoqué. À ce propos on devrait comprendre que la situation des personnes sans abri serait délibérément choisie. Certes, la notion de Liberté est souvent évoquée par les intéressés eux-mêmes. On a tous en tête l'exemple du patient sans abri malade sur le point d'être hospitalisé s'opposant à cette perspective au nom de sa liberté. Une notion délicate, car source d'ambiguïté dans une opinion publique souvent partagée entre hostilité et hospitalité et susceptible de créer un désintérêt des pouvoirs publics.

TABLEAU I. — Critères de sélection pour entrer dans les différentes formes de logement



Source : BROUSSE C. — Devenir sans-domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? *Économie et Statistique*, 2006, 391-392, 35-64.

On peut en effet imaginer qu'il s'agit là d'une sorte de revendication, d'une manière de lutter et d'afficher une opposition à la fatalité. Si la trajectoire du sans-abrisme est un lent aveu d'impuissance, une résignation, afficher une volonté à être sans abri peut représenter un sursaut existentiel, une justification à être là. Il est d'ailleurs impossible d'avoir une idée précise de la part du volontarisme au sein de cette population.

Nous noterons aussi que les personnes sans abri sont tout sauf asociales. La survie au quotidien développe dans cet espace des formes de sociabilité certes particulières, mais extrêmement fortes.

MORBIDITÉ

Quels sont les effets de la vie à la rue sur la santé des personnes sans abri ? Comment prendre soin de soi quand on est sans chez-soi ? Vivre sans abri, à la rue est un facteur constant d'apparition ou d'aggravation d'une pathologie. C'est aussi un obstacle à l'accès aux soins de santé. L'état de santé ressenti par ces patients est mauvais pour 16 % d'entre eux alors que ce taux n'est que de 3 % chez les personnes

ayant un logement personnel (INSEE 2001). Il est également remarquable de constater que les jeunes sans abri sont autant inquiets de leur état de santé que leurs aînés alors qu'en général ce sentiment augmente avec l'âge [16].

L'existence ou non de lien social joue un rôle majeur sur ce ressenti. Plus ce lien est distendu, en particulier en ce qui concerne les relations familiales, plus le ressenti est mauvais. Ceux qui ont des contacts plus fréquents avec leurs proches se jugent plus souvent en bonne santé. Certaines études ont montré que ces liens joueraient un rôle protecteur contre le risque de dépression [17].

Le tableau II montre que la population sans abri ne présente pas de pathologies spécifiques. En revanche l'épidémiologie diffère par rapport à celle de la population générale.

TABLEAU II. — Prévalence des principaux problèmes de santé du sans-domicile en %, personnes de 18 à 60 ans [18]

	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Migraine	3	7	4	13	30	20
Maladie respiratoire	6	5	6	13	14	14
Séquelles d'accident ou de maladie grave	2	< 2	2	15	8	13
Maladie articulaire et osseuse	9	8	8	11	9	10
Maladie du système digestif	2	3	2	10	10	10
Désordres alimentaires importants	< 2	< 2	< 2	7	11	9
Hypertension	5	3	4	8	9	8
Maladie de la peau	4	6	4	8	6	7
Maladie cardio-vasculaire	3	3	3	6	5	6
Maladie du foie et de la vésicule biliaire	< 2	< 2	< 2	6	4	6

- Migraines et céphalées extrêmement fréquentes et directement liées aux conditions de vie. Ce symptôme est quasiment constaté à chaque consultation.
- Maladies respiratoires avec prévalence marquée de pathologies transmissibles.
- Séquelles d'événements traumatiques ou de maladies graves.
- Maladies du système digestif avec désordres métaboliques en rapport.
- Pathologies dermatologiques. Bien que spectaculaires, elles ne sont pas les plus fréquentes.

S'il n'y a pas de pathologies propres aux sans abri certaines révèlent une épidémiologie tout à fait particulière.

- L'incidence de la tuberculose en France est considérée comme stable depuis 1997 avec un peu moins de 10 cas pour 100 000 habitants [19]. On note cependant deux faits marquants : l'Ile-de-France a le taux d'incidence le plus élevé — 54,1 cas pour 100 000 — soit 5 fois le taux national [20]. Les sans-abri sont particulièrement touchés et payent un lourd tribut [21]. L'incidence y est près de

30 fois plus élevée (214 cas pour 100 000 personnes) qu'en population générale (8,9/100 000) et 15 % d'entre eux avaient déjà été traités pour une tuberculose [22].

De plus le suivi médical indispensable et l'observance thérapeutique restent pour les personnes sans abri un véritable problème. Pour cela un programme de suivi mis en place par l'équipe du SAMU social de Paris permet une délivrance et un suivi thérapeutique adapté aux conditions de vie de ces patients [23]. Grâce à une équipe mobile médicalisée, le patient diagnostiqué tuberculeux est pris en charge, hospitalisé puis mis à l'abri ensuite en hébergement afin d'assurer le suivi thérapeutique jusqu'à son terme et d'instaurer une démarche de réinsertion. 78 patients ont été inclus dans une étude d'avril 2002 à décembre 2004. Les résultats ont démontré l'utilité du dispositif avec, point majeur en termes de santé publique, des interruptions de traitement beaucoup plus rares que ce que l'on observe en pratique courante. Hélas, l'insuffisance du dépistage limite les effets bénéfiques de ce dispositif ainsi que le manque de places en lits infirmiers ou en hébergement social à la sortie d'hospitalisation.

— Contrairement à ce qu'on observe en consultation de premier recours chez un patient sans abri, les pathologies dermatologiques ne sont pas toujours relevées dans les études parmi les plus fréquentes.

Elles sont si courantes qu'elles ne font plus l'objet d'un motif de consultation et donc d'une déclaration sauf en cas de complications de surinfection ou bien à être masquées par un autre motif estimé prioritaire.

Les patients tendent à négliger leurs problèmes de peau et à ne consulter que lorsque la douleur est intense ou que le problème devient handicapant [24]. Quand on s'attache à les dépister systématiquement, la proportion des problèmes dermatologiques devient plus importante chez les personnes sans abri (32 % *versus* 21 %) [25].

Deux études ont été réalisées dans une consultation de dermatologie à l'Hôpital Saint-Louis.

La première, réalisée en 1996, rapporte la prévalence des problèmes cutanés rencontrés chez 189 patients en situation de précarité se rendant dans cette consultation (73 % vivaient dans la rue et 23 % étaient hébergés temporairement). Les problèmes les plus courants étaient alors la gale (56,5 %), les pédiculoses (22,4 %) et les infections cutanées (7,2 %) [26].

La seconde, menée sur une année, rapportait que 22,8 % des 57 personnes sans domicile rencontrées souffraient de gale et 68 % de pédiculose corporelle [27].

Le risque de ces ectoparasitoses tient essentiellement à la résurgence de maladies transmissibles. Infection à *B. quintana* responsable de la fièvre des tranchées avec ses endocardites, *B. recurrentis* responsable de la fièvre récurrente à poux, *Rickettsia prowazekii* responsable du typhus exanthématique, toutes réapparaissant d'une manière inquiétante [28].

- Les prévalences des infections à VIH, VHB, VHC sont deux fois plus importantes en moyenne par rapport aux groupes témoins avec des prises en charge beaucoup trop tardives [29].
- Les conséquences de la vie à la rue sur l'appareil locomoteur avec ses agressions violentes, viols, brûlures, accidents, mettent en lumière une traumatologie particulière. Plaies non traitées vues au stade d'ulcère infecté, fractures non réduites et mal consolidées, contusions diverses sont autant de situations débouchant sur un handicap aggravant de toute évidence la condition de vie du sans-abri [30]. La pratique quotidienne permet d'affirmer que ces séquelles sont directement liées à une brièveté ou un retard de prise en charge et un manque de suivi médical.
- Une étude récente à propos du diabète chez les SDF met en lumière les constats suivants [31] : d'une part la prévalence est élevée chez les sans-abri mais ne se démarque pas significativement de celle observée dans la population générale et d'autre part la survenue fréquente de complications majeures, la jeunesse des malades, le non-contrôle des glycémies démontrent l'impossibilité pour ces patients de supporter la charge de cette maladie chronique aux conséquences redoutables.
- Dans ce même ordre d'idée, il est intéressant d'observer les indicateurs classiques utilisés dans le domaine de la réanimation médicale. La population SDF est surreprésentée par rapport à la population générale (4 % des patients hospitalisés sur une période 8 ans). Ces patients sont des hommes dans leur majorité et sont plutôt jeunes. Le facteur « SDF » ne joue pas sur la mortalité mais en revanche la durée moyenne de séjour est plus longue du fait d'une hospitalisation plus tardive et de comorbidités associées plus importantes et nombreuses [32]. On devine ici l'impact de la difficulté d'accès aux soins sur le pronostic et la durée de vie de ces patients mais aussi beaucoup plus trivialement sur le surcoût que cela représente.
- Une étude menée en 2009 intitulée SAMENTA se propose d'analyser le problème central de la santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel [33].

Près d'un tiers des sans-abri souffre d'un trouble psychiatrique : psychose, trouble de l'humeur ou trouble anxieux. 20 % présentent au moins une addiction. La question devient évidente : cause ou conséquence du sans abrisme ? La prévalence des troubles psychiatriques sévères est surreprésentée : 8 à 10 fois supérieure à la population générale. Celle des addictions également : 21 % à l'alcool, 17,5 % à une drogue illicite. Les hommes et les jeunes sont plus touchés.

En revanche la proportion de personnes sans abri n'ayant jamais consommé d'alcool est plus importante que dans la population générale. C'est ainsi qu'il devient probablement impossible de conclure que cette addiction génère le sans-abrisme.

Enfin cette étude nuance considérablement le fait qu'un psychotique à la rue est d'abord un être violent, mais elle dit surtout qu'une personne atteinte de trouble psychiatrique sévère est moins l'auteur que la victime d'actes violents.

— Enfin une enquête menée en 2006 auprès de personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds a permis de préciser les modes de consommation d'alcool [34]. On note d'abord une grande diversité des pratiques. Plus la précarité est profonde et la situation sociale dégradée, plus la consommation sera élevée. Les personnes d'origine française consomment plus, les hommes plus que les femmes, et la tranche des 45-54 ans est la plus touchée. En revanche, la consommation n'est pas automatique, ce qui concorde avec les résultats de l'étude SAMENTA.

On retiendra donc que les sans-abri en situation de précarité la plus extrême ont une consommation importante d'alcool. Avant d'atteindre ce stade, la consommation semble être plus modérée que dans la population générale.

MORTALITÉ

Comme nous l'avons dit, les personnes sans abri sont souvent exclues des statistiques et l'étude de la mortalité les concernant en France n'échappe pas à la règle. Elle est rare et parcellaire. Les causes de mortalité ne sont en général pas étudiées puisque les décès enregistrés ne font pas état d'une personne sans abri.

Aux États-Unis plusieurs travaux ont montré une mortalité prématurée chez les sans-abri avec un âge moyen lors du décès allant de 41 à 47 ans suivant les villes étudiées [35]. À Londres, une organisation de prise en charge disposant de lits d'hébergement cite une moyenne d'âge de décès de 37 ans [36]. En France, la moyenne d'espérance de vie évoquée est de 45 ans [37]. Les quelques informations fiables mises à disposition sur le sujet sont essentiellement fournies par le milieu associatif en charge de leurs intérêts et de leur défense. Le collectif « Les morts dans la rue » à Paris a comptabilisé 112 morts de février à octobre 2005, moyenne d'âge 49 ans, le plus jeune avait 31 ans, la moitié avait moins de 50 ans, 21 sont décédés de mort violente (8 assassinats, 7 incendies, 6 chutes mortelles). Ces chiffres bien qu'indiscutables et inacceptables sont cependant difficiles à interpréter puisque on ne dispose pas du nombre de sans-abri sur le territoire étudié. Un chiffre maximal de 20 000 sans-abri à Paris est souvent évoqué sans référence sérieuse. La période hivernale avec ses vagues de grand froid rappelle le risque de grande hypothermie dans cette population à la santé fragilisée. En réalité, bien qu'il n'existe pas d'études le prouvant, il semblerait que la majorité des décès de sans-abri survienne lors de la période estivale.

Médecins du Monde à Marseille a étudié rétrospectivement les raisons des décès des personnes sans abri [38].

Cette étude non exhaustive a permis d'obtenir les informations suivantes :

Sur les 44 dossiers étudiés :

- 7 femmes, âge moyen de décès de 41 ans ;
- 37 hommes, âge moyen de décès de 56 ans ;

- 26 admis et décédés après un passage en hôpital, 18 en UML ;
- pathologies digestives : 9 soit 20,45 % — pathologies pulmonaires : 7 soit 15,90 % — pathologies psychiatriques : 4 soit 9,09 % — pathologies ORL : 4 soit 9,09 % — pathologies cardiaques : 2 soit 4,54 % ;
- pathologies infectieuses : 1 soit 2,72 % — suicides : 7 soit 15,90 % — cause inconnue : 6 soit 13,63 % — mort naturelle : 4 soit 9,09 %.

En conclusion et en s'appuyant sur une enquête récente citée dans le rapport « La santé des personnes sans chez soi » [2, 39], « *le fait d'être sans chez-soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable* ».

CONCLUSION

Il n'existe pas de maladie propre à la précarité. En revanche, la santé des personnes sans-abri s'altère d'autant plus qu'hébergement et lien social font défaut. L'accroissement des pathologies est évidente avec un état de santé plus fragile que le reste de la population. Les sans-abri ont une perception particulière de leur santé ce qui peut être considéré comme un facteur aggravant supplémentaire. Les répercussions sont très importantes, notamment sur la santé psychologique avec un manque d'estime de soi, une angoisse marquée et d'importants troubles psychosomatiques le tout majorant l'incapacité à faire face. Il est utile ici de rappeler que la santé, selon l'OMS résulte d'un état de complet bien-être physique, mental et *social* et que cela ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette déclaration permet de rappeler, à la lecture du constat sur la santé des personnes sans abri que la prise en charge médicale est bien entendu fondamentale mais que la prise en compte des questions sociales et d'hébergement sont également primordiales. Enfin, au-delà de la santé des individus les enjeux de santé publique sont de toute évidence élevés.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DAMON J. — Les « S.D.F. », de qui parle-t-on? Une étude à partir des dépêches AFP. In: Population, 57^e année, n° 3, 2002 pp. 569-582.
- [2] 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*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009.
- [3] BROUSSE C. — Insee-Méthodes n° 116, 2006-1^{ère} partie : Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête.
- [4] Rapport public sur les personnes sans domicile, Cour des comptes, mars 2007, p. 11 [En ligne] Disponible sur : <www.ccomptes.fr>.

- [5] Hébergement et distribution de repas chauds. Le cas des sans-domicile. INSEE Première n° 823, janvier 2002.
- [6] Rapport 2012 sur l'état du mal-logement en France, Fondation Abbé-Pierre.
- [7] Fiche bibliographique n° 3 : Les représentations sociales des personnes sans-abri ; Conférence de consensus Les sans-abri, Paris — 29/30 novembre 2007.
- [8] MARCHAND G. — Qui sont les SDF ? *Sciences Humaines*, n° 134, janvier 2003.
- [9] DECLERCK P. — Les Naufragés. Avec les clochards de Paris, Plon, 2001.
- [10] DAMON J. — La Question SDF. Critique d'une action publique, Puf, 2002.
- [11] GIULIANI F., VIDAL-NAQUET P.A. — Les personnes sans domicile fixe. Modes de vie et trajectoires, *Les travaux de l'ONPES 2001-2002*.
- [12] HATZFELD M. — Les Dézingués. Parcours de SDF, Paris, Editions Autrement, 2006.
- [13] BROUSSE C. — « Devenir sans-domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficulté d'accès au logement ? », *Économie et Statistique*, 391-392, 2006, 35-64.
- [14] PAUGAM S., CLÉMENÇON M. — « Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion », Ballet D. (dir.), *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*, 2003, 133-161.
- [15] O'FLAHERTY B. — Making Room: The Economics of Homelessness, Cambridge, Harvard University Press, 1996.
- [16] DE LA ROCHÈRE B., « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide » Insee première, 893, avril 2003.
- [17] PERETTI-WATEL P. — « Lien social et santé en situation de précarité ». *Économie et Statistique*, N° 391-392, 2006.
- [18] LOISON M. — « Un nouveau regard sur les sans-abri », Report on homelessness in France, FEANTSA, 2006.
- [19] CHE D., BITAR D., DESENCLOS J.C. — Epidemiology of tuberculosis in France, *Press. Med.*, 2006 Nov., 35, 1725-32.
- [20] CHE D., CAMPESE C., DECLUDT B. — Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002. *BEH* 2004, 4, 13-6.
- [21] ANTOINE D., CHE D. *Med Mal Infect.*, 2007 May, 37(5), 245-52. Epub 2007 Apr 24.
- [22] ANTOINE D. — Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2007, 11, 85-90.
- [23] KERN T., LARDOU C., TARTIÈRE S., EMMANUELLI X., LAPORTE A. — Tuberculose des sans domicile fixe à Paris, mise en œuvre de la stratégie DOT. *BEH*, 2005, 17-18.
- [24] Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Octobre 2008.
- [25] GELBERG L., LINN L.S., USATINE R.P., SMITH M.H. — Health, homelessness, and poverty. A study of clinic users. *Arch Intern Med.* 1990 Nov., 150(11), 2325-30.
- [26] ARFI C., DEHEN L., BENASSIA E., et al. — Consultation dermatologique en situation de précarité : étude prospective médicale et sociale à l'Hôpital Saint-Louis à Paris. *Ann. Dermatol. Venereol.* 1999, 126, 682-6.
- [27] GUIBAL F., DE LA SALMONIÈRE P., RYBOJAD M., HADJRABIA S., DEHEN L., ARLET G. — High seroprevalence to Bartonella quintana in homeless patients with cutaneous parasitic infestations in downtown Paris. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2001, 44(2), 219-223.
- [28] DESENCLOS J.C., LAPORTE A., BROUQUI P. — Les infections humaines transmises par les poux. *Médecine et maladies infectieuses*, 2011, 41, 295-300.

- [29] BADIAGA S., RAOULT D., BROUQUI P. — Preventing and Controlling Emerging and Reemerging Transmissible Diseases in the Homeless. *Emerg. Infect. Dis.*, 2008 September, 14(9), 1353-1359.
- [30] Dossier technique Médecins du Monde, *Pas de santé sans toit ni droit — L'accès aux soins, à l'hébergement et au logement des personnes sans-domicile dans l'agglomération lyonnaise* ; Lyon 2009.
- [31] ARNAUD A., FAGOT-CAMPAGNA A., REACH G., BASIN C., LAPORTE A. — Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris. *European Journal of Public Health*, 2006, Vol. 20, No. 5, 601-603.
- [32] J.-L. BAUDEL, A. RETBI, N. TARIGHT, A. GALOBOIS, L. CHALUMEAU-LEMOINE, H. AIT OUFELLA, E. MAURY, G. OFFENSTADT, B. GUIDET — Épidémiologie descriptive des patients sans domicile fixe en réanimation médicale, SRLF, 37^e Congrès 2009 Paris.
- [33] LAPORTE A., CHAUVIN P. — La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ; rapport final — janvier 2010, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm.
- [34] BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. — L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Économie et statistiques*, 2006, n° 391-392.
- [35] PLUMB J.D. — Homelessness: Care, prevention, and public policy. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 126(12), 973-5.
- [36] COCKERSSELL P. — Drogues, folie et mort. Sans-abri en Europe, le magazine de la Feantsa. Hiver 2006, 15-6.
- [37] HIRSH M. — La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2007, 2-3, 9.
- [38] Médecins du Monde, Mortalité des personnes sans abri à Marseille. Premières données et premières analyses. Janvier 2009.
- [39] MORRISON D. — Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int. J. Epidemiol.*, 2009, 38, 877-83.

DISCUSSION

M. Jean-Pierre OLIÉ

À propos du pourcentage élevé de sujets abstinentes de toute consommation de substances psycho-actives, quelles sont les éventuelles caractéristiques de ce sous-groupe ? D'autre part, en pratique, comment réagissez-vous face aux cas de tuberculose ? Est-ce facile pour vous de les hospitaliser ou les traitez-vous en ambulatoire ?

Les patients sans-abri ne consommant pas de substances psycho-actives sont plus nombreux qu'on ne le pense. Ils n'ont pas « l'uniforme » du sans-abri habillé de loques mais présentent une tenue correcte et vivent totalement ignorés des passants dans l'espace public. L'étude SAMENTA a montré l'importance de ce groupe. Cela n'empêche pas ces personnes de présenter très fréquemment des troubles anxio-dépressifs parfois sévères. Pour les patients tuberculeux les hospitalisations sont tout à fait faisables en pratique. En revanche le suivi ambulatoire est toujours très compliqué d'où l'importance de programmes de suivi tel que celui mis en place depuis quelques années par le SAMU Social en région parisienne.

M. Jacques ROUËSSÉ

Qu'en est-il de l'épidémiologie en termes d'incidence, dans les autres pays aussi développés que la France, des SDF ?

À ma connaissance il n'y a pas d'incidence spécifique à la France et je n'ai pas constaté de particularités propres décrites dans d'autres pays occidentaux. En revanche la politique de prise en charge des sans-abri en terme d'hébergement peut être radicalement différente avec par exemple à Londres un hébergement forcé en centre collectif.

M. Jacques BATTIN

La maladie de la misère, qui a sévi dans nos pays et sévit encore dans les pays pauvres du Tiers Monde, a été identifiée à la pellagre. Celle-ci comporte des lésions cutanées et des troubles neuropsychiques pouvant conduire à la mort. A-t-on utilisé une enquête à ce sujet ? Sinon, le coût d'un apport vitaminiqne est léger et le bénéfice peut être réel en évitant le glissement social et en aidant ces personnes à leur réhabilitation.

Je n'ai pas noté qu'une étude ait été menée à ce propos. Cette remarque est très intéressante et mérite effectivement d'être explorée.

M. Jean-Daniel SRAER

Le volet assistance publique est-il toujours d'actualité dans le sigle AP-HP ? Les pathologies très graves chez les sans-abri sont très fréquentes. Comment orienter les sans-abri jeunes vers les emplois disponibles mais non pourvus ?

L'hôpital public en général et en particulier l'AP/HP continue à remplir sa mission à l'égard des plus pauvres, des plus vulnérables. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont même été créées en 1998 par le Dr Jacques Lebas pour pérenniser cette mission. À la deuxième question il est difficile de répondre en tant que médecin praticien. Il est observé que le milieu associatif contribue fortement à la réinsertion par le travail des personnes sans-abri, Emmaüs par exemple.

M Jean COSTENTIN

Quelle est la proportion relative des nationaux dans la population des SDF ? Quel est le poids de la dépression dans la population des SDF, l'incidence de la psychose ayant été seule invoquée ?

Elle est importante à priori car le phénomène de solidarité chez les migrants doit beaucoup jouer afin d'éviter le phénomène du « sans-abrisme ». Le poids de la dépression est extrêmement marqué chez les sans-abri, on peut même dire que c'est une constante.

M. Claude DREUX

Sur quelle étude épidémiologique vous basez-vous pour dire que les addictions sont plus faibles chez les sans-abri que dans la population générale ? Qu'en est-il des adolescents de moins de dix-huit ans parmi les sans-abri ?

L'étude SAMENTA a bien montré (et c'est une surprise) que la population sans-abri voit une proportion plus importante que dans la population générale de personnes totalement abstinentes à tous types de substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues). Sur le terrain on ne constate pas cela d'emblée en particulier chez les jeunes sans-abri. L'intérêt de cette étude et de cette conclusion c'est que beaucoup de sans-abri ne consultent pas à partir du moment où ils ne sont pas consommateurs de substances addictives.

M. Claude JAFFIOL

Qu'en est-il du danger des hypoglycémies chez les diabétiques SDF ?

C'est un problème majeur chez les diabétiques de type 1 sans-abri. L'autocontrôle est extrêmement difficile à mettre en place et l'alimentation étant aléatoire dans sa qualité et sa quantité, le problème reste très complexe à traiter. C'est d'ailleurs un des motifs les plus fréquents de consultation dans les SAU. Les insulines lentes sont souvent utilisées dans ces situations.

