



## **L'HEBERGEMENT D'URGENCE EN 2014**

# **ETAT DES LIEUX ET PARCOURS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE DANS 5 VILLES DE FRANCE**

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	4
RESULTATS.....	5
CONCLUSIONS .....	10

### Remerciements

Nous tenons à remercier les équipes des missions sans-abri d'Angoulême, Lyon, Nice, Strasbourg, et Toulouse pour leur investissement dans cette étude, ainsi que toutes les personnes bénéficiaires de ces missions qui ont bien voulu participer à l'enquête.

## INTRODUCTION

*" La famille J. est macédonienne. Les parents et leurs deux enfants sont venus en France pour demander l'asile. La Macédoine est un pays d'origine sûr donc ils n'ont pas été admis au séjour et il ne leur sera pas possible de bénéficier d'une place en Cada. Après avoir passé plusieurs semaines sous une tente, la famille a intégré un gymnase, dans le cadre du plan « grand froid » " [Caso Grenoble, 2013]*

Dans le contexte actuel de crise de l'hébergement d'urgence et plus généralement du logement, ce sont 3,5 millions de personnes qui sont non ou très mal-logées aujourd'hui en France selon les chiffres de la fondation Abbé Pierre et plus de 140 000 personnes sans domicile fixe<sup>1</sup>. Parmi ces personnes en situation de mal logement, certains vivent à la rue ou dans des bidonvilles, d'autres vivent dans des logements insalubres, squats..., sans eau ni chauffage et/ou sont menacés d'expulsion.

Depuis 2000, les capacités d'hébergement d'urgence ont été augmentées<sup>2</sup> mais insuffisamment au regard des besoins qui sont encore loin d'être couverts. Même en dehors de la période hivernale, le 115 ne parvient pas à répondre aux demandes d'urgence alors que par un arrêt du 10 février 2012, le Conseil d'Etat qualifie le droit à l'hébergement d'urgence de liberté fondamentale.

L'année 2013 a été marquée par la mise en place d'un « *Guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid* ». Ce document est sensé aider à la mise en œuvre des mesures liées à la fin de la saisonnalité de l'hébergement et au respect des principes fondamentaux que sont **l'inconditionnalité de l'accueil, le respect de l'intimité et de la dignité des personnes, l'orientation vers une solution de sortie digne et pérenne, le principe de continuité, l'accompagnement social...**

Dans ce contexte MdM a souhaité mener une étude afin de

- documenter le parcours des personnes sans domicile fixe dans la recherche de solutions d'hébergement ou de logement et
- mesurer l'impact des nouvelles mesures gouvernementales pour ces publics en situation de grande précarité.

---

<sup>1</sup> 19<sup>ème</sup> Rapport annuel sur l'état du mal-logement, février 2014

<sup>2</sup> Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence », 26/01/12, Assemblée nationale.

## CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Depuis près de 20 ans, Médecins du Monde développe des projets médico-sociaux à destination des sans-abris (maraudes de rue, actions en squat, etc.). Ces actions ont pour objectifs de :

- Repérer les personnes en situation de mal logement ou sans-abri nécessitant un accompagnement vers les structures médico-sociales de droit commun et/ou associatives susceptibles de les prendre en charge ;
- Informer les personnes sur leurs droits et les accompagner dans leurs démarches si nécessaire ;

Certaines missions proposent également des consultations médicales (soins de santé primaire) pour répondre aux besoins des personnes sans couverture médicale ou qui ne peuvent se rendre dans des structures de droits communs.

C'est auprès de ces personnes rencontrées par MdM, que l'enquête sur l'hébergement d'urgence a été menée afin de documenter les parcours des personnes dans leurs recherches de solutions d'hébergement.

Les objectifs de l'étude étaient de :

*Objectifs principal* : Documenter les parcours des personnes sans domicile fixe rencontrées sur les programmes de MdM dans la recherche de solutions d'hébergement ou de logement au cours de l'hiver 2013-2014 et évaluer dans quelle mesure les principes fondamentaux édicté par le *Guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid* sont respectés.

*Objectif secondaire* :

- Connaître les caractéristiques sociodémographiques des personnes sans domicile fixe, et documenter leur état de santé;
- Documenter les lieux ou solution d'hébergement des personnes à la rue ;
- Analyser les recours au 115 (type de solution apportée, nombre de nuits...)
- Documenter les refus de prise en charge et/ou d'hébergement
- Documenter les types d'accompagnements reçus (orientation vers une solution digne et pérenne)

Cinq programmes MdM ont participé à cette enquête (Angoulême, Lyon, Nice, Toulouse, et Strasbourg) sur la période du **6 janvier au 28 février 2014**. Au cours de cette période, un questionnaire était proposé à toute personne se présentant auprès des équipes de MdM lors de leurs sorties.

## RESULTATS

### **Qui sont les personnes sans logement rencontrées par Médecins du Monde ?**

Sur la période, **101 personnes ont accepté de participer à l'enquête**. Parmi elles, 74,3 % étaient seules et 21,8 % étaient accompagnées (d'autres adultes ou mineurs). La majorité des personnes sans-abri étaient des hommes (80,2 %). La moyenne d'âge était de 37,3 ans (min=18, max=75).

Dans près de 6 cas sur 10, les personnes étaient de nationalité étrangère, parmi elles, 40,7 % étaient en situation irrégulière et 14,0 % demandeurs d'asile. La moitié des ressortissants étrangers (50,8 %) était en France depuis moins de 1 an.

Au total, **41,6 % des personnes interrogées ne disposaient d'aucune couverture médicale** (Tableau 1). Les ressortissants étrangers étaient significativement moins couverts (53,5 %) que les français (26,8 %,  $p=0,003$ ).

Tableau 1 : Type de couverture médicale de la population enquêtée (n=101)

	N	%
Aucune couverture médicale	42	41,6 %
Couverture médicale	53	52,5 %
• Couverture médicale de base	20	19,8 %
• CMUC	21	20,8 %
• AME	9	8,9 %
Ne sait pas, Non réponse	6	5,9 %
Total	101	100,0 %

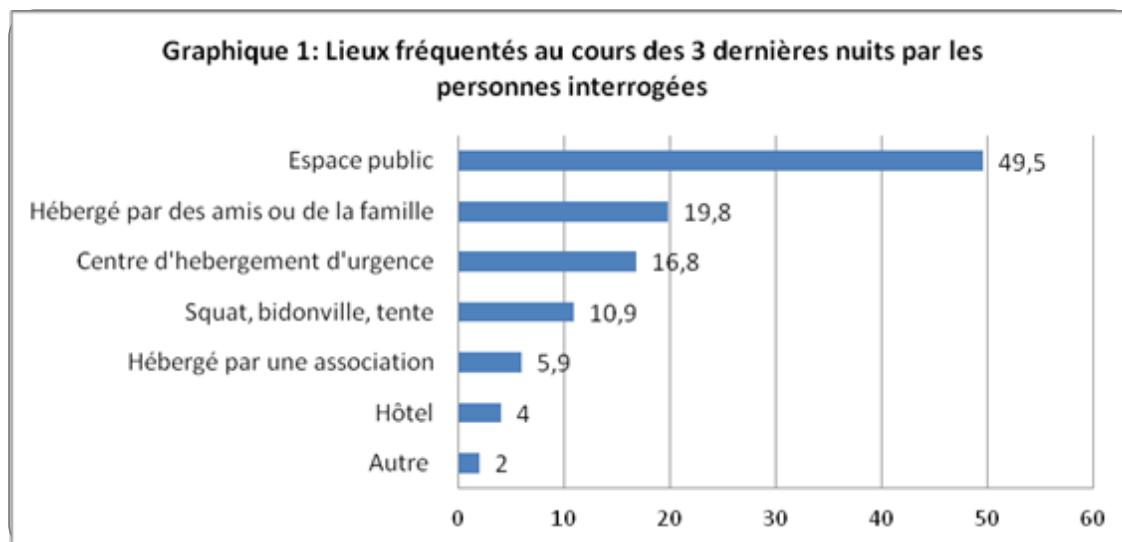
### **Errance et lieux de vie**

*"Je suis à la rue depuis deux ans. Le premier hiver, je pensais que j'allais vite m'en sortir, jamais je n'aurais pensé aller avec les autres SDF. J'évitais les autres coins à SDF. Je me disais vraiment que j'allais m'en sortir mais les mois ont passé puis le premier hiver. J'ai évité tous les restos sociaux, les trucs comme ça. J'ai utilisé toutes les économies que j'avais, j'allais à l'hôtel et j'ai vite été ruiné. Par la suite j'ai été forcé d'aller aux Restos du cœur et dans les autres lieux comme ça, je n'avais pas le choix." [Mission Bus de Lyon, 2013]*

Pour les personnes sans domicile rencontrées au cours de l'enquête, **la durée moyenne de vie dans la rue était de 3,5 ans** (min=1 jour ; max=30 ans). Celle-ci était significativement plus importante pour les français que pour les ressortissants étrangers (5,6 ans contre 2,1 ans en moyenne,  $p=0,008$ ).

Dans près d'un cas sur deux, les personnes ont dormi au moins une fois dans l'espace public au cours des 3 derniers jours précédents l'enquête et **seuls 23 % ont été hébergés au moins une nuit par une association ou en centre d'hébergement d'urgence** (Graphique 1).

Les français étaient significativement plus souvent hébergés en centre d'hébergement d'urgence par rapport aux ressortissants étrangers (26,2 % versus 10,2 % ;  $p=0,033$ ). Ce résultat a également été souligné par la FNARS qui met en évidence des difficultés d'hébergement plus importantes pour les ressortissants étrangers.



Parmi les personnes rencontrées au cours de l'enquête, 59,4 % ont fait une demande d'hébergement au cours des 3 jours précédents l'enquête (Cf. schéma 1). **Dans un peu plus d'un cas sur deux (53,3 %) la demande auprès du 115 n'a pas abouti à un hébergement.** Ce résultat est proche de celui obtenu par la FNARS dans le cadre de son baromètre de janvier 2014<sup>3</sup> : « 58 % des demandes d'hébergement ne donnent toujours pas lieu à un hébergement sur les 37 départements de l'échantillon ».

Au total, seules 24 % ont été hébergées par le 115 au cours des 3 jours précédents l'enquête. Parmi les solutions apportées par le 115 ( $n=28$ ), le principal type de logement proposé était les Centre d'hébergement d'urgence (75 %). **La durée moyenne d'hébergement proposée était de 3,4 jours** (min=1 ; max=10). Mais il convient de souligner que la très large majorité des personnes logées (70 %) a eu une proposition pour 3 nuits ou moins. Ce résultat souligne encore une fois que les places proposées sont attribuées dans l'urgence et rarement de façon pérenne. Comme le souligne la FNARS, « la plupart des départements applique l'alternance de l'aide pour répondre à un plus grand nombre de demandes ».

Il est intéressant de souligner que les durées de mises à l'abri étaient plus longues pour les personnes seules (moyenne = 4 nuits) que pour les familles ou les groupes de personnes (moyenne = 1,4 nuit). Ces derniers sont donc remis à la rue plus rapidement que les personnes seules.

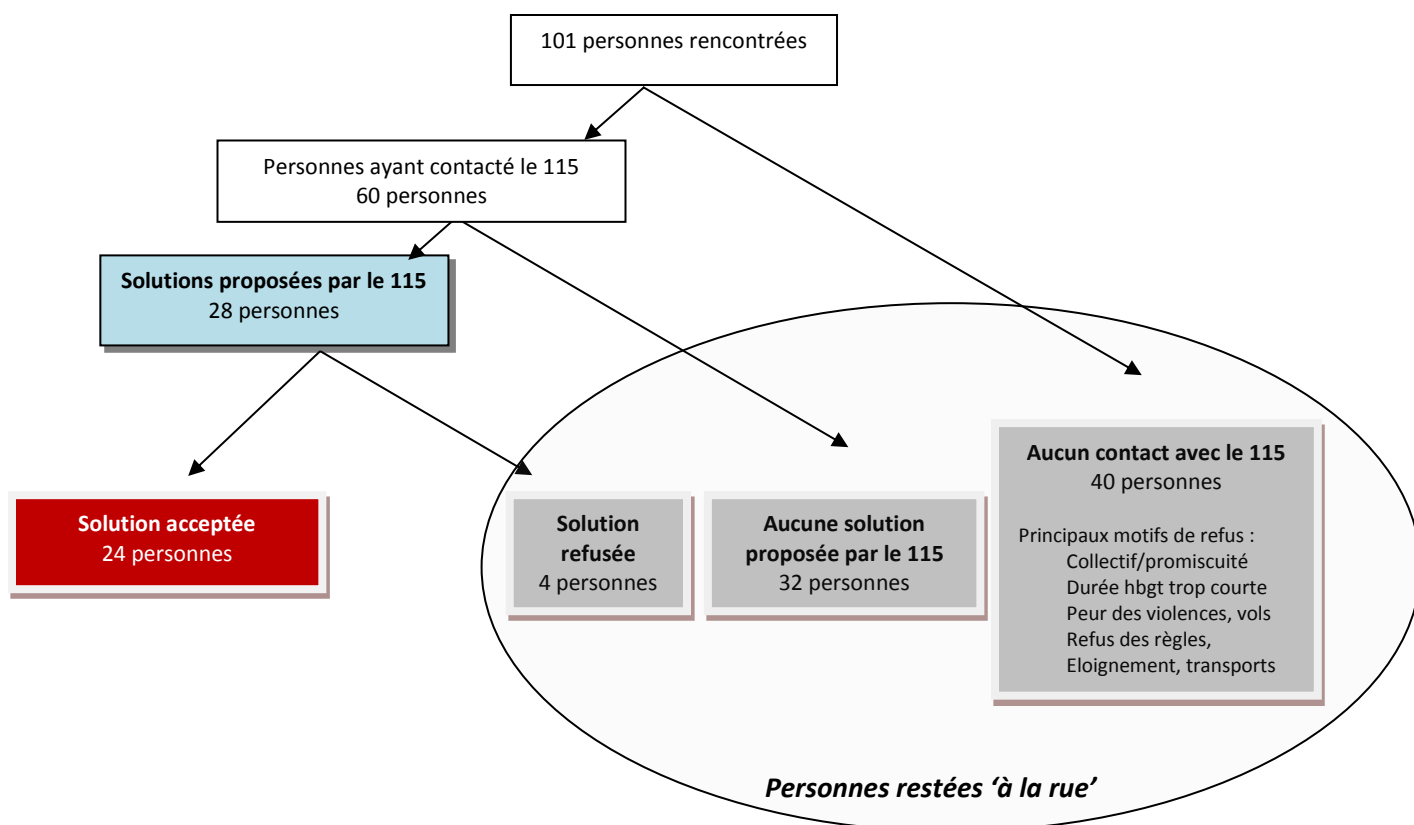
Parmi les personnes restées 'à la rue' ( $n=76$ ), 52,6 % n'ont pas contacté le 115 et 47 % l'ont sollicité mais n'ont pas reçu de proposition d'hébergement ou ont refusé la solution proposée.

Le refus d'appeler le 115 par les personnes sans-abri est souvent relayé par les équipes de MdM, qui décrivent l'agacement ou le « ras le bol » des personnes rencontrées suite aux refus fréquents du 115, aux non réponses, aux longs délais d'attente. Ce phénomène de renoncement est lié en partie aux durées d'hébergement trop courtes qui remettent les personnes à la rue, les obligeant ainsi à solliciter de façon répétée le 115. En effet, toujours selon la FNARS, en janvier 2014 les personnes ayant sollicité le 115 ont fait en moyenne 4,4 demandes au cours du mois.

<sup>3</sup> FNARS. Baromètre 115. Janvier 2014. 12 pages. <http://www.fnars.org/images/stories/barometres/140216-barometre-FNARS-SSP-VF.pdf>

Par ailleurs, certaines personnes à la rue connaissent déjà les conditions d'accueil en hébergement d'urgence et les considèrent non adaptées à leur situation ou y ont vécu de mauvaises expériences. D'autres, de par leur situation administrative irrégulière, ont peur d'appeler le 115 et d'être dénoncées à la police et/ou d'être expulsées du territoire. Rappelons à ce titre que dans notre échantillon un quart des personnes sont des étrangers en situation irrégulière.

Schéma 1 : Contacts avec le 115 et solutions proposées



## Errance et état de santé

*" Au cours de l'hiver 2012, nous faisons la connaissance de Monsieur D., âgé d'une cinquantaine d'années. Il est amputé des deux jambes et vit dans la rue. Son incapacité à se déplacer le conduit à refuser systématiquement l'hébergement au Samu social car le retour sur le lieu de vie n'est pas prévu par le 115. Actuellement, il est hébergé sous tente. Nous lui avons tout d'abord proposé d'engager des démarches pour une demande de lit infirmier. Monsieur D., qui a déjà effectué un séjour de ce type, écarte cette offre en raison des restrictions de libertés qui accompagnent ce type d'hébergement. Nous suivons avec attention l'état de santé de Monsieur D. Nous construisons une relation de confiance pour le conduire vers une solution adaptée à sa situation le moment venu." [Mission SDF Paris, 2013]*

Parmi les personnes nécessitant un hébergement d'urgence, **près d'un tiers (30,7 %) ont déclaré souffrir d'un problème de santé au moment de l'enquête**, il s'agit de pathologie chronique avec une prédominance des pathologies d'ordre psychiatriques (dépression, troubles anxieux, alcoolisme...).

Les femmes ont déclaré significativement plus souvent une pathologie par rapport aux hommes (55,6 % versus 27,6 % des hommes,  $p=0,026$ ) ainsi que les ressortissants français par rapport aux ressortissants étrangers (45,9 % versus 24,1 % ;  $p=0,024$ ).

La maladie (lorsqu'elle est mal prise en charge), peut être à l'origine de l'exclusion qui aboutit à des difficultés de logement. Mais il est aussi reconnu que les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé. En effet, les personnes sans domicile souffrent plus fréquemment de troubles digestifs, dermatologiques et psychiques. L'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants comme en témoigne l'enquête Samenta<sup>4</sup> menée en Île-de-France auprès des personnes sans logement. Selon cette étude, un tiers des personnes sans logement souffre de troubles psychiatriques sévères et un cinquième au moins d'une addiction, ces niveaux étant bien plus élevés qu'en population générale.

Force est de constater que **parmi les personnes souffrant d'une pathologie dans notre enquête, seules 54,8 % disposaient d'une couverture médicale enfin pour 35,6 % des personnes rencontrées la dernière visite chez un médecin généraliste (hors MdM) datait de plus de 6 mois.**

Selon les études, on estime que l'espérance de vie d'une personne sans-abri se situe entre 40 et 45 ans<sup>5,6</sup>. Ainsi, le fait d'être sans-abri constitue un risque majeur pour la santé et augmente la probabilité de décéder précocement. L'alcool serait impliqué dans presque la moitié des causes de décès selon Hewett et al.. L'INSEE souligne que l'état de santé de ces personnes se dégrade proportionnellement à la durée du temps vécu à la rue<sup>7</sup>. Le recours aux soins de façon tardive et la difficulté d'observer des traitements du fait des conditions de vie sont ainsi des facteurs aggravants pour la santé des sans-abri.

D'après les résultats de notre enquête, **parmi ces personnes présentant un état de santé fragilisé, seules 30 % ont été logées par l'intermédiaire du 115** au cours des 3 jours précédents l'enquête.

<sup>4</sup> Laporte A., et al., « Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Rapport final, Observatoire du Samu Social, Inserm, 2010.

<sup>5</sup> Hewett, N. Halligan, A., « Homelessness is a healthcare issue », Journal of the Royal Society of Medicine, 2010, vol 103 no.8, 306-307

<sup>6</sup> Hewett, N. et al., " Morbidity trends in the population of a specialized homeless primary care service", British Journal of General Practice, 2011;61:200-202

<sup>7</sup> Rochère, B., « La santé des sans domicile usagers des services d'aide », INSEE Première, n°893, avril 2003



Les conditions de vie extrêmement précaires exposent ces populations à un fort risque de complications et les urgences hospitalières deviennent alors souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors que ces personnes pourraient bénéficier du dispositif spécifique des Lits Haltes Soins Santé (LHSS)<sup>8</sup>.

Ce dispositif est destiné spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans justifier une hospitalisation<sup>9</sup>. Malheureusement ce dispositif, très adapté, est aujourd'hui saturé (37,8 % des demandes d'admission sont refusés par saturation des capacités d'accueil et par des orientations inappropriées)<sup>10</sup>, notamment parce qu'aucune solution n'existe pour de nombreuses personnes souffrant de pathologies chroniques et qui occupent donc ces lits sur une longue période.

Les équipes de Médecins du Monde font ainsi face à de nombreuses situations de personnes malades et à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

### Accompagnement et orientation vers une solution d'hébergement et de logement pérenne

L'enquête révèle que les personnes à la rue connaissent relativement bien les dispositifs dont ils peuvent bénéficier et en particulier l'existence de centre d'accueil de jour (73,3 %). Ces derniers sont toutefois mieux connus des français que des ressortissants étrangers (83,3 % des français ont déclaré connaître ces lieux versus 66,1 % des étrangers,  $p=0,04$ ).

Par contre, l'enquête indique que **moins de la moitié des personnes vivant à la rue (46,5 %) ont rencontré un travailleur social au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête et moins d'un quart (22,7 %) a reçu une proposition d'accompagnement ou d'aide pour trouver une solution d'hébergement durable** (Tableau 2). Encore une fois, les ressortissants étrangers sont significativement moins souvent en contact avec les travailleurs sociaux que les ressortissants français.

**Tableau 2 : Accompagnement et orientation vers une solution de sortie digne et pérenne**

	n	%
Connaissance centre d'accueil de jour		
- Oui	74	73,3 %
- Non	27	26,7 %
Rencontre travailleur social (au cours des 12 derniers mois)		
- Oui	47	46,5 %
- Non	52	51,8%
- NSP/NT	2	1,9%
Accompagnement pour solution d'hébergement durable		
- Oui	23	22,7%
- Non	75	74,3%
- NSP/NR	3	2,9%

<sup>8</sup> Loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, et décret 2006-556 du 17 mai 2006, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé ».

<sup>9</sup> Ce dispositif s'adresse à toute personne sans domicile fixe, quelle que soit sa situation administrative, que ses droits à l'assurance maladie soient ouverts ou pas, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ou de prise en charge spécialisée, qui doit recevoir des soins.

<sup>10</sup> Picon, E., *et al*, Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS), DGCS, Rapport final – version définitive du 12 février 2013, 179p

## CONCLUSIONS

En 2013, le gouvernement a annoncé dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, un investissement fort dans l'hébergement et l'accès au logement. En effet figure notamment dans ce plan la fin de la gestion au thermomètre de l'hébergement et la priorité donnée à l'accès au logement. Ces mesures sont indispensables à la réinsertion sociale et à la continuité d'un suivi médical pour les personnes fragilisées. Toutefois, le constat d'aggravation de la pauvreté en France, avec la crise du logement, la dégradation des conditions d'accès aux soins, aux droits et aux biens essentiels, est partagé par l'ensemble des acteurs de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion, qui constatent également la non effectivité de ce plan. Ainsi **les mesures concrètes et pérennes sont urgentes.**

Les résultats de l'enquête indiquent que **les demandes d'hébergement ne donnent toujours pas lieu à un hébergement inconditionnel et pour tous.** Ainsi l'offre d'hébergement reste nettement insuffisante pour couvrir la demande. La situation des personnes sans logement se détériore : **les facteurs de vulnérabilité (femmes seules, personnes malades...) ne garantissent pas l'attribution de place d'hébergement.**

**Les demandeurs d'asile n'échappent pas aux dysfonctionnements et à la saturation des dispositifs.** A l'heure actuelle, seulement 30 % des demandeurs d'asile obtiennent une place en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), les autres se retrouvent dans le circuit de l'urgence sociale ; au mépris du droit et des engagements internationaux de la France. A ce titre, notre enquête révèle que les ressortissants étrangers accèdent encore plus difficilement aux dispositifs d'urgence que les ressortissants français.

Ainsi, si durant la saison hivernale, les capacités d'hébergement sont renforcées, elles demeurent toujours largement insuffisantes au regard de nos constats de terrains et des résultats de cette enquête menée dans 5 villes métropolitaines. De plus l'ouverture de places supplémentaires est réalisée de manière inégale sur le territoire et la logique de la gestion au thermomètre demeure dans certains départements.

**→ Dans un contexte de forte augmentation de la demande d'hébergement et de saturation du 115, il est indispensable d'augmenter le nombre de places en hébergement d'urgence et en logements.**

Bien souvent les modalités d'accueil et les conditions d'hébergement (locaux dégradés, promiscuité, recours à l'hôtel ...) dissuadent les personnes d'avoir recours à ces solutions et/ou sont inadaptées à l'évolution des publics « à la rue » (notamment les familles avec enfants, de plus en plus nombreuses, et les personnes présentant des problèmes de santé). Dans ce contexte **les principes d'un accueil dans des conditions respectueuses de l'intimité et de la dignité ne sont pas encore respectés.**

**→ Il s'agit de promouvoir des dispositifs d'hébergement et de logement adaptés aux besoins des publics, et en particulier pour les personnes vulnérables et de garantir une meilleure couverture territoriale de ce type de dispositif.**

Rappelons à ce titre que plus de 30 % des personnes à la rue rencontrées au cours de l'enquête présentaient une maladie chronique. L'absence de couverture maladie (qui concernait 42% des personnes interrogées), le recours aux soins de façon tardive et la difficulté d'observer des traitements du fait des conditions de vie sont ainsi des facteurs aggravants pour la santé des sans-

abri. Fragilisées par leurs conditions de vie « à la rue » ces personnes sont exposées à des complications médicales.

Les urgences hospitalières sont trop souvent le seul recours alors qu'il existe le dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisé. Les LHSS sont destinés spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou mentale nécessite une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire sans justifier toutefois une hospitalisation. Malheureusement les capacités d'accueil de ces dispositifs sont insuffisantes (31,7% des rejets sont motivés par l'absence de places disponibles)<sup>11</sup>. L'étude faite à la demande de la Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) sur l'activité et le fonctionnement des LHSS démontre l'utilité de ce dispositif mais aussi sa saturation.

**→ Une meilleure articulation entre les LHSS et les différents dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux permettrait le désengorgement du dispositif.**

**→ Il faut renforcer et mieux coordonner les dispositifs du « aller vers » avec les équipes mobiles (comme les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les Pass mobiles).**

L'enquête montre également que les solutions proposées restent très largement de courte durée et ne répondent absolument pas à la volonté du gouvernement de proposer des solutions pérennes permettant aux personnes les plus fragilisées de sortir de ces situations d'urgence. Dans ces conditions, les personnes se retrouvent systématiquement à la rue, en dépit du principe de continuité de la prise en charge, et doivent renouveler sans cesse leurs demandes auprès du 115, au risque de se décourager définitivement.

Le droit à l'accompagnement reste également sous utilisé. Seul un quart des personnes rencontrées au cours de l'enquête ont déclaré avoir reçu une proposition d'aide ou d'accompagnement dans ce sens.

Les actions menées en faveur des sans-abri font trop souvent l'objet de mesures ponctuelles, mises en place dans l'urgence et ne répondant que trop partiellement aux besoins des publics concernés. Avec le Plan quinquennal contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013, des mesures concrètes et pérennes sont attendues, avec l'enjeu de sortir d'un système de mise à l'abri qui n'offre aucune perspective aux personnes.

**→ Il est indispensable de rendre concrètes et effectives les mesures en faveur de la fin de la gestion au thermomètre de l'hébergement et du logement.**

---

<sup>11</sup> Picon, E., *et al*, Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS), DGCS, Rapport final – version définitive du 12 février 2013, 179p

**Médecins du Monde**

Direction des Missions France

62, rue Marcadet

75018 PARIS

Tel : 01 44 92 16 01

Fax : 01 44 92 99 92

[dmf@medecinsdumonde.net](mailto:dmf@medecinsdumonde.net)

[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)