

Le mot de l'Observatoire

Cette nouvelle *Lettre de l'ONPES* traite de la douloureuse question des personnes en très grande précarité décédées dans les lieux publics, de leur dénombrement et d'une meilleure connaissance des causes de leur décès.

On ne dispose en effet pas, en France, de données statistiques fiables sur le nombre de personnes sans domicile décédées à la rue, ni d'une évaluation des causes de ces décès. Afin d'engager un travail dans ce sens, l'Observatoire a demandé au Cabinet CemKa-Eval, spécialisé en épidémiologie et en santé publique, de procéder à un recensement et à une analyse des travaux disponibles dans certains pays sur ce champ. Il a également été demandé au prestataire, sur la base des différentes sources existantes sur le territoire national (administratives, enquêtes, associatives), de faire des propositions permettant une meilleure connaissance et un meilleur suivi de ce problème.

C'est le résultat de ce travail inédit qui fait l'objet de cette restitution. En réponse aux préconisations de Cemka-Eval qui ont été validées par le Conseil de l'ONPES, une demande a été adressée à la CNIL pour construire les données nécessaires à une meilleure connaissance des causes de mortalité des sans-abri. Ce travail fera l'objet d'une publication ultérieure.

Le difficile recensement des personnes décédées à la rue

Dr Agnès CHARLEMAGNE, Laurène COUROUVE, Juliette BONTÉ (Cemka-Eval)

En France, le recensement des personnes sans domicile a déjà fait l'objet de nombreux travaux (Marpsat et Peretti, 2009; CNIS, 2011). Par contre, l'analyse des trajectoires de ces personnes, et particulièrement celles menant au décès n'a pas fait l'objet d'une étude systématique et contrôlée.

Jusqu'au début des années 2000, le dénombrement des décès des personnes sans abri portait essentiellement sur celles décédées en institutions. Les décès intervenus dans la rue semblaient passer au travers de ces décomptes. Pour tenter de rompre le silence sur une question douloureuse, le collectif associatif « Les Morts de la rue », créé en 2002, a initié un premier décompte des personnes sans abri décédées sur le territoire. Le nombre de décès est ainsi estimé à plusieurs centaines par an, sans que l'on puisse connaître la représentativité de cet échantillon et établir les trajectoires des personnes avant leur décès.

C'est dans ce contexte, et dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la conférence de consensus organisée en décembre 2007 par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS, 2007) qui préconisaient d'étudier la morbidité des personnes sans abri ainsi que leurs trajectoires, que l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociales (ONPES) a souhaité que soit menée une étude exploratoire sur la possibilité de mieux dénombrer les personnes sans abri décédées et analyser les causes de leur décès¹.

Il s'agissait d'analyser le contenu des sources actuellement disponibles sur ce thème (nature, origine, disponibilité des données); de dégager des pistes d'amélioration possible de ces sources; de procéder à un premier diagnostic sur le nombre de décès enregistrés, les caractéristiques des personnes décédées et les causes de ces décès.

1. Pour accéder au rapport complet: http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Phase_1_CemkaEval.pdf

Les expériences étrangères

Les données internationales concernant la mortalité des sans-abri sont rares et de qualités inégales. La première étude menée dans ce domaine a été réalisée en Suède entre 1969 et 1971 et décrit une mortalité quatre fois supérieure à celle de la population générale. Depuis, d'autres travaux ont été menés avec des méthodologies diverses. Néanmoins deux grands schémas peuvent être repérés :

- **les études rétrospectives à partir des dossiers déposés de la morgue.** Cette méthode est privilégiée par les services administratifs des grandes villes américaines qui ont, pour certaines, une obligation légale de comptage des décès des sans-abri (Seattle 2006, Los Angeles 2000-2007, San Francisco 1998, Atlanta 1993, New York 2009);
- **le croisement des données des registres des services sociaux des villes** (dont les registres des foyers d'hébergement d'urgence) **et des données des certificats de décès.** Cette méthode est utilisée aux États-Unis (4 études), au Canada (3 études) et en Europe (Stockholm, Copenhague, Glasgow).

Certaines expériences combinent ces deux schémas. C'est le cas de la ville de Toronto. Les limites de ces travaux sont néanmoins connues, il s'agit d'une sous-estimation du nombre de décès et d'une qualité insuffisante des données collectées, en raison des problèmes d'identification des personnes et de définition du statut de sans-abri.

Les travaux disponibles donnent cependant des indications intéressantes sur les taux de mortalité, les caractéristiques des personnes, les causes des décès ou le caractère plus ou moins prédictif de certaines

pathologies. Les études présentent généralement des nombres de décès et des taux bruts de décès, mais plus rarement des taux standardisés permettant des comparaisons entre population sans domicile et population totale (de la ville ou du pays). Trois études présentent des indices comparatifs de mortalité qui montrent une surmortalité des personnes sans abri par rapport à la population générale de l'ordre de 3 à 5 fois dans deux études et jusqu'à 11 fois chez les hommes et 13 fois chez les femmes dans une autre étude (tableau 1).

En termes d'âge moyen lors du décès, les données disponibles présentent des résultats assez homogènes, allant de 39 ans pour une cohorte de femmes à Montréal, à 57 ans toujours pour des femmes australiennes (tableau 2).

Parmi les personnes décédées, on retrouve une grande majorité d'hommes (85 %), ce qui s'explique par leur poids dans l'ensemble de la population de sans-abri. Les chiffres présentés dans le tableau 1 montrent que le risque de décéder chez les femmes est égal, voire supérieur, à celui des hommes.

Les causes de décès varient fortement selon les villes et les pays, sans qu'il soit possible de préciser si ceci est lié à des risques différents (violence ou drogue) (tableau 3). D'autres analyses approfondies montrent qu'à Boston (USA), les homicides constituent la cause principale de décès chez les 18-25 ans, ce qui n'est pas le cas à Montréal où la criminalité est plus faible (la première cause est le suicide). Cette différence peut également s'expliquer dans la façon dont sont classées les causes de décès : plusieurs études séparent les décès de mort naturelle et les décès de causes accidentelles.

Tableau 1 - Taux de mortalité des sans-abri

Ville	Période de l'étude	Taux bruts de mortalité (pour 100 000 personnes/années)		Indices comparatifs de mortalité*	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Philadelphie (Hibbs <i>et al.</i> , 1994)	1985-1988	770		-	-
New York (Barrow <i>et al.</i> , 1999)	1987-1994	1 770	1 529	-	-
Boston (Hwang <i>et al.</i> , 1998)	1988-1993	1 114		-	-
Canada (Hwang <i>et al.</i> , 2009)	1991-2001	2 467**	1 260**	-	-
Toronto (Hwang, 2000)	1995	876	-	-	-
Toronto (Cheung and Hwang, 2004)	1995	-	498	-	-
Montréal (Roy <i>et al.</i> , 2004)	1995-2000	1 148	442	11,1	13,5
Sydney (Babidge <i>et al.</i> , 2001)	1988-1991	-	-	3,76	3,14
Copenhague (Nordentoft and Wandall-Holm, 2003)	1991	-	-	2,8	5,6
Glasgow (Morrison, 2009)	2000	450	-	-	-

*Indices comparatifs de mortalité, par rapport à la mortalité dans le pays de l'étude.

**Taux standardisés par rapport à la population canadienne.

Tableau 2 - Âge moyen au décès des sans-abri

Ville-Pays	Âge moyen au décès	% hommes
Fulton County (Hanzlick and Parrish, 1993)	46 ans	98 %
Boston (Hwang <i>et al.</i> , 1998)	47 ans	-
San Francisco (Community Health Epidemiology and Disease Control, San Francisco, 1999)	42,3 ans	85 %
Seattle-King County (Health care for the Homeless Network, 2007)	48 ans	87 %
Los Angeles (Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness, 2007)	48 ans	85 %
Toronto (Hwang, 2000)	46 ans	-
Toronto (Cheung and Hwang, 2004)	39 ans (femmes)	-
Sydney (Babidge <i>et al.</i> , 2001)	50 ans (hommes) 57 ans (femmes)	88 %
Londres (Keyes and Kennedy, 1992)	47 ans	82 %
Londres (Grenier, 1996)	42 ans	92 %
Glasgow (Morrison, 2009)	41 ans	-

Tableau 3 - Causes de décès des sans-abri

	Nombre de décès	Cause naturelle	Cause accidentelle	Suicide	Homicide	Indéterminé
Seattle (2006 Annual Report on Homeless Death)	110	32 %	45 %	7 %	10 %	6 %
Los Angeles (Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness, 2007)	2815	33,2 %	43,1 %		0,3 %	23,4 %
San Francisco (Community Health Epidemiology and Disease Control, San Francisco, 1999)	157	27,5 %	61,8 %	5 %	3,8 %	1,9 %
Philadelphie (Hibbs <i>et al.</i> , 1994)	96	70 %	29 %	-	-	-
Fulton County (Hanzlick and Parrish, 1993)	128	55 %	42 %	3 %		
Sydney (Babidge <i>et al.</i> , 2001)	83	63,8 %	13,3	22,9 %	-	-
Copenhague (Nordentoft and Wandall-Holm, 2003)	141	53,2 %	14,9 %	5,7 %	-	26,2 %
Londres (Grenier, 1996)	74	48 %	24 %	22 %	3 %	4 %
Suède (Alstrom <i>et al.</i> , 1975)	327	73,3 %	16,2 %	7,6 %	-	2,7 %

Les sources françaises

En France, plusieurs sources permettent d'approcher le nombre de personnes sans abri décédées à la rue. Certaines sont associatives, d'autres institutionnelles et d'autres scientifiques.

■ Le collectif « Les Morts de la rue »

Cette association a comme principaux objectifs la sensibilisation des citoyens et des responsables politiques par des actions médiatiques (cérémonies, diffusion des listes des personnes décédées) et l'accompagnement des sans-abri et des familles dans le travail de deuil. La base de données du collectif des Morts de la rue est la plus complète en termes de nombre total de décès recensés sans toutefois prétendre à l'exhaustivité, mais elle est également la plus informelle. Le nombre

de décès recensés chaque année est en augmentation constante depuis le début de ce dispositif, 220 en 2007, 387 en 2008, 406 en 2009, 414 en 2010. Cette augmentation résulte plus d'une augmentation du taux de couverture du collectif que d'une augmentation statistiquement vérifiée des décès de personnes sans abri. Les informations concernent les personnes sans domicile, c'est-à-dire celles qui vivent à la rue, mais également celles qui sont logées dans des structures d'hébergement d'urgence à plus ou moins long terme (qu'elles décèdent à la rue ou non). La qualité des données est variable mais connaît une amélioration au fil du temps (tableau 4).

■ Le CépiDc-Inserm

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) traite l'ensemble des décès survenus en France, pour en coder les causes selon la classifi-

Tableau 4 - Caractéristiques des décès recensés par le collectif « Les Morts de la rue » en 2008 et 2009

	2008	2009
Nombre de décès	377	406
Sexe		
hommes	95 %	92,5 %
Âge		
non renseigné	19 %	26,5 %
approximatif	5 %	8 %
précis renseigné	76 %	65,5 %
Si âge précis, âge moyen au décès		
Moyenne (mini-maxi)	50 ans (21-80)	48 ans (19-85)
Période du décès	NP = 20	NP = 49
Printemps	19,9 %	24,8 %
Été	21,8 %	21,1 %
Automne	28,6 %	29 %
Hiver	29,7 %	25,1 %
Lieu du décès	NP = 107	NP = 131
Voie publique	42,2 %	38,5 %
Hôpital	27,8 %	27,8 %
Abri	14,8 %	12,5 %
Espace public	6,3 %	8,8 %
Structure d'hébergement	4,1 %	7,3 %
Particulier	3,3 %	3,7 %
Détention	1,5 %	1,5 %
Cause du décès	NP = 211	NP = 220
Mort violente	47 %	56,5 %
Mort naturelle soudaine	27,1 %	32,1 %
Maladie	13,9 %	11,4 %
Suicide	7,8 %	-
Corps retrouvé tardivement	4,2 %	-
Région		
Île-de-France	47,8%	43,6%
PACA	17,2%	12,6%
Nantes	5,6%	5,2%
Lyon	3,2%	6,7%
Lille et autres villes du Nord	2,4%	4,2%
Strasbourg	1,9%	-
Rennes	1,6%	1,7%
Normandie	1,6%	2%
Bordeaux	1,6%	2,5%
Autres villes de province	17,1%	13,3%

cation CIM10² (tableau 5). Les causes de décès sont notées en clair par les médecins sur les certificats de décès, puis codées selon une procédure internationale standardisée qui a vu apparaître de nouveaux codes permettant de saisir certains facteurs de précarité, dont la qualité du logement, et d'approcher la notion de sans-abri ou de sans-domicile sans que cette qualification soit obligatoire, d'où une importante sous-estimation.

■ La surveillance hivernale des décès (COGIC-DGCS)

La seule source institutionnelle est la procédure de suivi des décès survenant dans l'espace public ou dans un abri de fortune (tente, voiture...) en période hivernale.

Cette information a un objectif de surveillance immédiate de l'apparition éventuelle d'une surmortalité liée au grand froid. Les informations sont collectées par les préfetures et les directions départementales de la cohésion sociale, et transmises au ministère de l'Intérieur (Centre opérationnel de gestion interministériel des crises - COGIC) et à la Direction générale de la cohésion sociale. Ces informations sont hétérogènes dans la forme et le niveau de détail. Au cours de l'hiver 2007-2008, 81 décès ont été relevés et 61 en 2008-2009.

■ La base de données hospitalières PMSI

Lors de chaque hospitalisation, un motif principal d'hospitalisation et des diagnostics associés sont attribués et codés selon la nomenclature CIM10 (tableau 6). Une analyse des bases de données PMSI-MCO3³ permet de mettre en évidence pour l'année 2009 (France entière), un total de 6235 personnes identifiées comme sans-abri, parmi lesquelles 99 sont décédées à l'hôpital, dont 53 en Île-de-France. Les pratiques ne sont cependant pas homogènes sur l'ensemble du territoire.

Ces données peuvent être complétées par celle de la base PMSI « Psychiatrie » relative à l'ensemble des séjours des établissements psychiatriques hospitaliers. En 2009, on retrouve 1027 patients considérés comme étant sans abri, dont 19 sont décédés.

■ L'observatoire du Samu social de Paris

Parallèlement aux études épidémiologiques des usagers du 115 réalisées annuellement, l'observatoire du Samu Social de Paris a procédé à un comptage des décès de sans-abri dans la rue sur la période hivernale 2009-2010 (Samu social, 2010). Ces bilans hivernaux ont mis en évidence 44 décès entre le 1^{er} novembre et le 31 mars 2010 (dont 26 dans Paris intra-muros). Ces données ont été croisées avec celles de la base de données du pôle de régulation du 115. Ce croisement a montré que sur les 44 personnes décédées, 13 étaient usagers du 115 et que leur âge moyen lors du décès était de 50,6 ans.

■ L'Institut médico-légal de Paris

L'Institut médico-légal de Paris renseigne le caractère « sans abri » des personnes décédées, mais cette information n'est pas systématique. Il n'existe pas non plus de système d'information sur les caractéristiques socio-démographiques de ces personnes. En 2010, l'IML en a recensé 74, dont 72 hommes. Parmi elles, 44 sont décédées sur la commune de Paris et 30 en banlieue parisienne. La répartition par tranches d'âge au décès fait apparaître une prépondérance de jeunes

2. Classification internationale des maladies, Organisation mondiale de la santé (10^e révision).

3. Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie ou obstétrique.

adultes : 42 % avaient moins de 40 ans, 26 % avaient de 40 à 50 ans et 32 % plus de 50 ans. Plus de la moitié des causes de décès relèvent d'une consommation excessive d'alcool et de drogue, un quart d'une maladie ou d'un accident cardio-vasculaire (23 %) et les autres de mort violente.

■ Médecins du Monde et l'AP-HM (Marseille)

En 2009, en partenariat avec Médecins du Monde et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), une équipe de chercheurs a réalisé une enquête

Tableau 5 - Caractéristiques des 90 décès identifiés par le CépiDc-Inserm à partir des certificats de décès (2008)

	2008
Nombre de décès	90 (code Z59.0)
Sexe : % d'hommes	96 %
Âge moyen au décès (mini-maxi)	51 ans (20-88)
Période du décès	
Printemps	22,2%
Été	16,7%
Automne	26,7%
Hiver	34,4%
Lieu du décès	
Logement ou domicile	21,1%
Établissement de santé	31,1%
Maison de retraite	1,1%
Voie publique	33,3%
Autre lieu	13,3%
Cause initiale du décès*	
Troubles mentaux et du comportement	26,7%
Causes externes de morbidité et de mortalité	25,6%
Maladies de l'appareil circulatoire	8,9%
Maladies de l'appareil digestif	6,7%
Maladies de l'appareil respiratoire	5,6%
Tumeurs	5,6%
Maladies infectieuses	2,2%
Autres motifs	18,8%
Région	
PACA	24,4%
Île-de-France	16,7%
Nord-Pas-de-Calais	10%
DOM	7,8%
Lyon	6,7%
Autres villes de province	34,4%

*La cause initiale du décès est celle ayant entraîné le processus morbide. Ces causes sont utilisées comme indicateurs pour les comparaisons internationales.

Tableau 6 - Nombre de décès enregistrés dans la base PMSI-MCO en 2009

	France métropolitaine
Nombre de décès	99
Sexe : % d'hommes	87 %
Âge moyen au décès (mini-maxi)	55,4 (26-109)
Période du décès	
Printemps	29 (29,29 %)
Été	27 (27,27 %)
Automne	25 (25,25 %)
Hiver	18 (18,18 %)
Motif de l'hospitalisation (diagnostic principal)	
Maladies de l'appareil digestif	13,1%
Tumeur	12,1%
Soins palliatifs	12,1%
Maladies infectieuses	12,1%
Maladies de l'appareil respiratoire	12,1%
Maladies de l'appareil circulatoire	12,1%
Lésions traumatiques, empoisonnements (causes externes)	8,1%
Autres	18,1%

sur les causes de surmortalité des personnes sans abri (MDM, 2009). Cette étude est basée sur la consultation des dossiers du service de médecine légale et des dossiers médicaux de l'AP-HM de toutes les personnes décédées à l'hôpital et qui pourraient correspondre à la définition donnée d'un sans-abri. Dans ce cadre, 44 décès ont été identifiés, dont 16 % de femmes. La moyenne d'âge au décès est de 41 ans pour les femmes et de 56 ans pour les hommes. Les motifs d'hospitalisation (pour les décès ayant lieu à l'hôpital) et les causes de décès (pour les dossiers de la morgue) se déclinent entre : pathologies digestives (20 %), pathologies pulmonaires (16 %), suicides (16 %), pathologies psychiatriques (9 %), pathologies ORL (9 %), pathologies cardiaques (5 %), pathologies infectieuses (3 %), mort naturelle (9 %), cause inconnue (14 %).

■ « Goutte de vies » à Toulouse

À Toulouse, l'association Goutte de vies a été créée en 2008 pour lutter contre l'isolement et l'anonymat qui entourent les décès des personnes de la rue. Cette association regroupe les acteurs de la santé (hôpital et ville), dont un réseau Santé précarité, des associations et des acteurs institutionnels (CCAS, 115, service d'identification judiciaire de la police nationale (SIJ) et la régie municipale des pompes funèbres). Pour 2009, 28 décès ont été recensés, en majorité des hommes (25/28, soit 89 %). Les décès ont eu lieu en majorité à l'hôpital (28 %) ou sur la voie publique (23 %), mais également dans des appartements (15 %), des squats (15 %), au commissariat (10 %), dans des maisons de retraite ou en soins palliatifs (10 %).

L'enseignement des comparaisons internationales

Il est difficile de faire une synthèse des causes de décès, les classifications employées étant très diverses. Mais les travaux disponibles permettent de souligner la part des décès par suicide, accident ou mort violente. Les principaux facteurs associés à un risque accru de décès chez les sans-abri sont la présence d'une infection VIH, l'existence de comorbidités (maladies chroniques) et la toxicomanie, ou l'intoxication alcoolique.

Les pays ou territoires qui ont tenté de mettre en place un suivi systématique des décès, comme le Canada, se heurtent aux difficultés de combiner différentes sources d'information. Un autre problème réside dans

la difficulté de définir la population de référence. En effet, le « sans-abrisme » peut recouvrir des situations et des durées très disparates. Les parcours sont souvent chaotiques, ce qui rend problématique l'analyse des risques et des causes de décès pour des populations qui n'ont pas le même parcours à la rue, la situation de sans-abri ne pouvant bien souvent être mesurée qu'au moment du constat de décès.

Les données disponibles en France ne permettent pas à l'heure actuelle de disposer d'une estimation suffisante du nombre et des caractéristiques des personnes sans abri qui décèdent chaque année à la rue, ni des causes de ces décès. Les différentes actions mises en œuvre pour collecter et analyser les informations sont, comme à l'étranger, très variables. À Paris et en région parisienne, il n'existe pas d'organisme ou de groupement rassemblant les informations disponibles auprès des différents acteurs concernés.

Néanmoins, les quelques données disponibles montrent des similitudes importantes avec les données étrangères : une majorité d'hommes, un âge moyen lors du décès proche de 50 ans.

■ L'intérêt de croiser les différentes sources d'information

Chaque type de sources (associative, institutionnelle ou scientifique) permet une approche partielle du phénomène étudié. L'intérêt des sources associatives réside dans la connaissance pointue du terrain et des publics, ce qui permet aujourd'hui l'accès à l'information la plus exhaustive, mais avec des modalités de codage très variables et des données incomplètes. L'intérêt des sources institutionnelles réside dans le caractère légal de l'information collectée permettant de suivre une procédure décidée dans le cadre d'une réglementation qui peut être considérée comme uniforme sur le territoire national. L'intérêt des sources scientifiques se trouve dans la méthode qui s'appuie sur des standards internationaux et permet ainsi de comparer les données françaises avec les données étrangères. C'est donc bien à l'intersection de ces trois démarches que des progrès semblent pouvoir être réalisés.

C'est pourquoi l'ONPES, associant les connaissances du terrain du collectif des Morts de la Rue et l'approche scientifique du CépiDc, a engagé une collaboration qui devrait permettre à court terme d'avancer dans la connaissance des causes des décès des sans-abri en France. Ce travail fera l'objet d'une prochaine publication.

Bibliographie

- Alstrom CH, Lindelius R, Salum I, 1975, "Mortality among homeless men" *Br J Addict Alcohol Other Drugs*. Sep; 70(3):245-52.
- Babidge NC, Buhrich N, Butler T, 2001, "Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up", *Acta Psychiatr Scand* Feb; 103(2):105-10.
- Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL, 1999, "Mortality among homeless shelter residents in New York City", *Am J Public Health* Apr; 89(4):529-34.
- Cheung AM, Hwang SW, 2004, "Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature", *CMAJ* Apr 13; 170(8):1243-7. Review.
- CNIS, 2011, Rapport sur le mal-logement en France. http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/publications/rapports/2011/RAP_2011_126_mal_logement.PDF
- Community Health Epidemiology and Disease Control, 1999, *San Francisco Homeless Deaths-Identified from Medical Examiner Records*, August. <http://www.sfdph.org/dph/files/reports/StudiesData/Homeless/RptHomeless97.pdf>
- FNARS, 2007, « Les sans abri », Conférence de consensus Paris 29-30 novembre 2007- Fiche bibliographique n° 1: Les personnes sans domicile, comment les définir, les dénombrer, les décrire ? http://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/conference_de_consensus_fiche_1.pdf
- Grenier P, 1996, *Still dying for a home: an update of 'crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality*, London: Crisis. <http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/still%20dying%20for%20a%20home.pdf>
- Hanzlick R, Parrish RG, 1993, "Deaths among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90" *Public Health Rep* Jul-Aug; 108(4):488-91.
- Health care for the Homeless Network Public Health-Seattle and King County, 2007, 2006 Annual Report on Homeless Death. http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/personal/~media/health/publichealth/documents/hc_hn/2007AnnualReportHomelessDeaths.ashx
- Hibbs JR, Benner L, Klugman L, Spencer R, Macchia I, Mellinger A, Fife DK, 1994, "Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia", *N Engl J Med* Aug 4; 331(5):304-9.
- Hwang SW, 2000, "Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario", *JAMA* Apr 26; 283(16):2152-7.
- Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA, 1998, "Risk factors for death in homeless adults in Boston", *Arch Intern Med* Jul 13; 158(13):1454-60.
- Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR, 2009, "Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study", *BMJ* Oct 26; 339:b4036. doi: 10.1136/bmj.b4036.
- Keyes S, Kennedy M, 1992, *Sick to death of homelessness*, London: Crisis. <http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/1992Sick%20to%20death.pdf>
- Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness, 2007, *Homeless Deaths in Los Angeles 2000-2007. Dying without dignity*. <http://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>
- Marpsat M., Peretti de G., 2009, « Une personne sur vingt s'est retrouvée sans logement personnel au cours de sa vie », INSEE, *INSEE Première*, n° 1225, février.
- Médecins du monde/Équipe mobile de santé communautaire, 2009, La mortalité des personnes sans abri à Marseille, Premières données et analyses. Janvier. <http://medecinsdumonde.org/fr/En-France/Sans-abriet-mal-loges/Publications>
- Morrison DS, 2009, "Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study", *Int J Epidemiol* Jun; 38(3):877-83.
- Nordentoft M, Wandall-Holm N, 2003, "10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen", *BMJ* Jul 12; 327(7406):81.
- Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF, 2004, "Mortality in a cohort of street youth in Montreal", *JAMA* Aug 4; 292(5):569-74
- Samu Social de Paris, 2010, Bilan de l'activité hivernale du GIP SAMU SOCIAL de Paris 2009-2010. http://observatoire.samusocial-5.fr/PDF/donnees115/bilan_hiver/2009_2010.pdf

LES BRÈVES

■ **Nomination du rapporteur de l'ONPES**

Abdelkrim Kiour, inspecteur de l'IGAS, vient d'être nommé rapporteur pour le prochain rapport de l'Observatoire, à paraître début 2012. Il sera chargé, sous l'autorité du président de l'ONPES et des membres du Conseil, de rédiger le prochain rapport qui présentera les évolutions du tableau de bord de l'ONPES et s'interrogera sur les effets de la prolongation de la crise économique sur les phénomènes de pauvreté et d'exclusion.

■ **Une étude sur le revenu minimum décent par catégories de ménages**

L'approche relative de la pauvreté permet de rendre compte des inégalités au sein de la population et de l'éloignement d'une partie d'entre elle des modes de vie médians. Par contre, elle ne permet pas de mesurer la part des ménages qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour avoir un mode de vie permettant de participer pleinement à la vie sociale. Elle ne permet pas non plus d'évaluer si les barèmes des minima sociaux, construits initialement en référence au salaire minimum, et évoluant en fonction

de l'indice des prix, sont en capacité de répondre réellement aux droits des ménages à disposer d'un revenu permettant de prétendre à un mode de vie décent. C'est dans ce contexte que l'ONPES a lancé un appel d'offre portant sur la construction d'un revenu minimum décent par catégories de ménages. Cet appel d'offre est disponible sur le site de la DREES :

<http://www.onpes.gouv.fr/Appels-d-offres-en-cours,185.html>

■ **Une évaluation de la loi DALO**

Le ministère chargé du logement (Direction générale de l'aménagement du logement et de la nature), en collaboration avec l'ONPES, a engagé dernièrement une évaluation des conditions dans lesquelles les ménages entrant dans le cadre de la loi DALO sont ou non relogés. Cette étude permettra de distinguer les effets directs et indirects du dispositif DALO, afin d'en tirer des enseignements en termes d'évolution éventuelle de la réglementation dans ce domaine. Il s'agira principalement de mieux appréhender les situations de logement (ou de non-logement) et le profil des personnes ayant sollicité les commissions de médiation instituées par la loi. Cette étude

a été confiée à l'Observatoire social de Lyon (OSL). Les résultats devraient être disponibles au début 2012 et feront l'objet d'une présentation dans une prochaine *Lettre*.

■ **Crise et pauvreté**

Dans le cadre de la préparation de son prochain rapport, l'ONPES a mandaté deux cabinets (le BIPE et Développement et Humanisme) pour la réalisation de deux études portant sur les effets de la crise sur la pauvreté et l'exclusion sociale. La première vise à donner une information quantitative sur les effets de la crise sur les entreprises et les ménages les plus précaires. Elle s'appuie sur les données disponibles en matière d'évolution du marché du travail par secteurs, taille d'entreprises et types de contrats (CDD, intérim, temps partiel...). Cette étude devrait répondre à la question de l'éventuel élargissement de l'exclusion à des catégories nouvelles de population, de l'approfondissement de la pauvreté chez des personnes déjà en situation d'exclusion ou de la réversibilité de ces situations. La seconde étude, à caractère monographique, vise à illustrer ces évolutions sur des territoires métropolitains particulièrement touchés par la crise.

Responsable de la publication : **Didier Gelot**, secrétaire général de l'Onpes

Secrétaire de rédaction : **Nadine Gautier**

Maquette : www.lasouris.org

www.onpes.gouv.fr

