

QUATRIÈME PARTIE

Les publics et leurs conditions de vie

CAHIER 1

Les publics pauvres et leurs trajectoires

Transitions et trajectoires des allocataires du RMI de décembre 2004 : leur devenir en décembre 2007, *Jacques Bouchoux, Yvette Houzel et Jean-Luc Outin (Centre d'économie de la Sorbonne, université Paris-I, CNRS)*

Femmes âgées en situation de pauvreté. Étude exploratoire, *Arnaud Campéon, Karine Chauvin et Florence Delaune (Association Psychologie & Vieillessement)*

La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France, *Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris), Erwan Le Méner (ISP-ENS Cachan, Observatoire du Samusocial de Paris) et Pierre Chauvin (INSERM-UMR 707)*

Méthodes pour un dénombrement des sans-abri, *Frédéric Lefebvre-Naré (ISÉE)*

Transitions et trajectoires des allocataires du RMI de décembre 2004 : leur devenir en décembre 2007

Jacques Bouchoux, Yvette Houzel et Jean-Luc Outin
(Centre d'économie de la Sorbonne, université Paris-I, CNRS)

L'EXPLOITATION de l'ENIAMS¹ en décembre 2007 permet de poursuivre l'observation des trajectoires des allocataires qui percevaient le RMI trois ans plus tôt. Cela montre que les sorties du RMI se poursuivent puisqu'il n'y a plus que la moitié de la population initiale qui est encore allocataire à cette date. Cependant, ces sorties peuvent se concrétiser vers d'autres minima sociaux (API ou AAH) ou vers le chômage indemnisé ou non. De plus, un tiers de la population initiale ne relève ni d'un minimum social ni d'une situation de chômage, mais les informations concernant ce groupe sont imprécises. Compte tenu de sa situation en juin 2006 et de ses caractéristiques, on suppose que la majorité des personnes le composant est en emploi. Ces données permettent de mesurer également des phénomènes de retour dans le dispositif RMI après une sortie intervenue entre décembre 2004 et juin 2006 et des processus d'enfermement dans le RMI.

1. Il s'agit de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux qui permet de suivre l'évolution des personnes, non seulement dans les minima sociaux mais aussi par rapport au chômage.

L'enquête de la DREES, réalisée en juin 2006 auprès d'un échantillon d'allocataires ayant perçu le RMI en décembre 2004, fournit des informations particulièrement intéressantes pour esquisser une représentation du dispositif qui intègre la variété de son fonctionnement et la diversité des populations appréhendées du point de vue, notamment, de leurs trajectoires. En effet, celles-ci sont approchées sous un double aspect. En premier lieu, les personnes enquêtées sont interrogées sur leur situation professionnelle (emploi, chômage, inactivité) à différentes dates. Pour la période antérieure à leur demande de RMI en cours en décembre 2004, elles indiquent leur situation dans les mois précédents et résument leur carrière professionnelle de manière schématique; au cours de la période qui va de décembre 2004 à juin 2006, un calendrier d'activités leur permet de retracer, à partir de la situation déclarée au moment de l'enquête, les états professionnels de la période. En second lieu, l'enquête fournit des indications sur la perception de l'allocation RMI à travers l'ancienneté du droit ouvert en décembre 2004 et un calendrier mensuel détaillant cette perception entre décembre 2004 et juin 2006. Ces travaux avaient été utilisés dans le rapport précédent de l'ONPES.

Une nouvelle interrogation, en décembre 2007, des différentes bases administratives à partir desquelles l'échantillon des allocataires enquêtés a été tiré permet de poursuivre l'observation des trajectoires. On peut ainsi appréhender, trois ans plus tard, la situation des allocataires qui touchaient le RMI en décembre 2004 et mettre cette situation en rapport avec des éléments de trajectoires antérieures recueillies dans l'enquête. Sans doute faut-il souligner que les données administratives ne renseignent que partiellement sur la situation la plus récente. Elles conduisent à interpréter les données les moins précises en fonction des informations tirées de l'enquête.

Les situations occupées en décembre 2007

Trois groupes principaux peuvent être distingués (graphique 1) :

- les allocataires du RMI, de l'API ou de l'AAH à partir de l'identification des prestations versées par les CAF ;
- les demandeurs d'emploi indemnisés ou simplement inscrits qui ne perçoivent pas le RMI ;
- les personnes dénommées « sortants » dans la mesure où elles ne sont retrouvées ni comme allocataires de l'une des prestations minimales citées ni parmi les chômeurs recensés par l'UNEDIC. Leur situation est en fait mal connue. Cependant, elle peut être partiellement éclairée par la prise en compte des informations antérieures découlant de l'enquête de la DREES. On fait ainsi l'hypothèse que la position atteinte en juin 2006 s'est globalement maintenue. Cette hypothèse est justifiée par la prise en compte d'un certain nombre de caractéristiques concernant ce groupe.

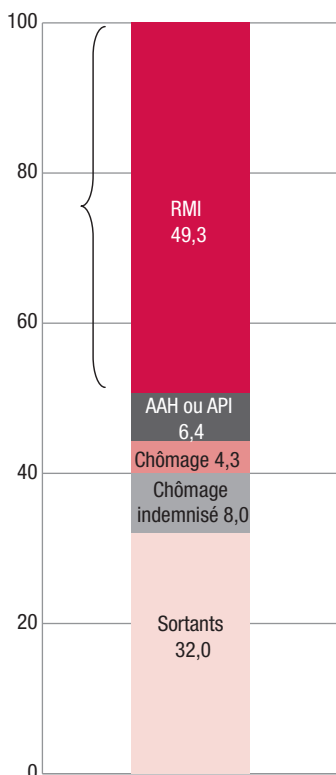
Les allocataires du RMI, de l'API et de l'AAH

En décembre 2007, 49% des allocataires du RMI de décembre 2004 perçoivent encore ou à nouveau le RMI. Si cette proportion paraît importante, il faut souligner trois éléments. En juin 2006, la part des allocataires du RMI de décembre 2004 toujours

présents était de 70%. En dix-huit mois, la baisse est de 21 points, soit un peu moins rapide qu'au cours des 18 mois précédents (-30 points). Cela est bien sûr lié aux caractéristiques plus favorables des premiers sortants dont on note l'âge plus jeune, le meilleur état de santé déclaré ou le niveau de formation supérieur. Ensuite, la perception du RMI en décembre 2007 ne signifie pas une présence continue dans le dispositif. Une interruption des droits suivie d'une nouvelle demande, faute d'accéder à une situation suffisamment stabilisée, a pu intervenir pendant quelques mois sur la période, comme le révèle la prise en compte des trajets. Enfin, être allocataire du RMI en décembre 2007 peut coexister avec l'occupation d'un emploi dont les revenus ne permettent pas de franchir le seuil d'éligibilité à la prestation. On note en particulier que l'exercice d'une activité indépendante et la tenue d'un emploi d'une durée inférieure au mi-temps sont des situations surreprésentées parmi les allocataires qui ont touché le RMI en décembre 2007 et qui avaient déclaré un emploi en juin 2006.

Graphique 1

La situation des allocataires de décembre 2004, en décembre 2007



Sources : ENIAMS, traitement Bouchoux *et al.*, 2010.

Un groupe distinct est constitué d'anciens allocataires du RMI qui, en décembre 2007, perçoivent l'allocation de parent isolé, du fait d'un changement de situation familiale, ou l'allocation adulte handicapé, par suite de la reconnaissance institutionnelle du degré de handicap. Il représente 6,4% de la population de référence. L'accès à l'AAH permet une sortie durable du RMI, même si elle n'est en principe pas définitive. Cela correspond à une population plutôt âgée puisque les plus de 50 ans composent 42% des accédants contre 23% dans l'ensemble. Le lien avec le RMI illustre le rôle de celui-ci comme prestation assurant le bouclage de la protection sociale et accueillant des populations en marge des dispositifs catégoriels traditionnels. L'accès à l'API, limité dans le temps en fonction du fait générateur, peut marquer une phase intermédiaire avant un retour éventuel au RMI (ou au RSA socle). Cependant, cette transition concerne une population jeune puisque les moins de 35 ans y sont largement surreprésentés (78% des allocataires sortant vers cette prestation contre 36% dans l'ensemble).

Les demandeurs d'emploi

Le deuxième groupe est formé d'anciens allocataires du RMI qui sont maintenant demandeurs d'emploi indemnisés ou non. Il réunit 12,3% de la population initiale et illustre la précarité de la situation professionnelle qui a permis la sortie du RMI. La prise en compte du type d'emploi occupé en juin 2006 montre que les missions d'intérim, les contrats saisonniers et les contrats à durée déterminés sont nettement surreprésentés dans cette population. L'accès à des prestations de chômage (environ les deux tiers de ce groupe) a découlé de la reprise d'un emploi pendant une période suffisante pour acquérir des droits. Cependant, le lien étroit entre la durée d'indemnisation et la durée d'emploi (ou plus exactement d'affiliation) peut aboutir à une éviction relativement rapide du régime d'assurance, exposant à une situation de « fin de droits ». Celle-ci peut être le prélude à un retour vers le RMI (ou vers le RSA socle) faute d'une nouvelle reprise d'emploi suffisamment rapide ou de la possibilité de bénéficier de l'allocation de solidarité spécifique. Pour les demandeurs d'emploi qui ne semblent pas percevoir de prestations de chômage, la sortie du RMI peut découler d'un changement de situation familiale ou de l'occupation d'une activité réduite. Globalement, il s'agit d'une population parmi laquelle les moins de 35 ans et les titulaires d'un diplôme du niveau du bac au minimum sont surreprésentés.

Les « sortants »

Le troisième groupe rassemble près du tiers de la population initiale. Il correspond à des personnes dont on ne retrouve pas d'informations dans les fichiers administratifs utilisés, ce qui atteste une non-prise en charge institutionnelle dans le champ du chômage ou des minima sociaux considérés. D'ailleurs, l'hypothèse selon laquelle ces sorties correspondent à des reprises d'emploi est étayée par les caractéristiques de la population correspondante et celles des emplois occupés en juin 2006. Ainsi, les moins de 35 ans sont ici surreprésentés (44% contre 36% en moyenne) ; il en est de même pour les plus diplômés (43% ont au moins le bac,

contre 22% dans l'ensemble). De même, les emplois en CDI et à plein temps occupés lors de l'enquête sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.

Les situations en décembre 2007 selon les trajectoires antérieures

Les transitions entre 2004 et 2006

Pour compléter l'approche précédente, on peut préciser la situation de décembre 2007 selon la perception du RMI entre décembre 2004 et juin 2006. Pour simplifier, on différencie seulement trois parcours. Les « permanents » regroupent les ménages qui ont perçu le RMI de façon continue sur la période initiale, quelle que soit leur situation professionnelle (chômage, emploi, inactivité). Les « sortants » correspondent aux ménages qui ont cessé de percevoir le RMI sur la période, quel que soit le motif de fin des droits (reprise d'emploi, accès à d'autres prestations, changement de situation familiale, etc.).

Les « récurrents et en transition » réunissent deux types de ménages. Les premiers ont eu une interruption de droits supérieure à quatre mois entre décembre 2004 et juin 2006 ; les seconds sont passés d'un état déclaré de chômage ou d'inactivité à un état déclaré d'emploi au cours de ces dix-huit mois, tout en restant allocataires du RMI.

Parmi les « permanents », les deux tiers environ sont encore allocataires du RMI en décembre 2007 (graphique 2). Le tiers restant est sorti sans que l'on retrouve trace d'une prise en charge institutionnelle alternative (22,3%) ou en accédant à d'autres prestations (7,5% prestations ASSEDIC ; 5,3% API ou AAH).

Parmi les « sortants », un peu plus de la moitié (55,8%) des personnes correspondantes n'est effectivement pas retrouvée en décembre 2007 dans l'une des bases administratives consultées. Cependant, 20% des individus de ce groupe sont identifiés comme chômeurs indemnisés tandis que 14,5% sont à nouveau allocataires du RMI et près de 10% perçoivent l'API ou l'AAH.

Parmi les « récurrents et en transition », un peu moins de la moitié perçoit le RMI en décembre 2007. L'autre moitié comprend principalement des personnes appréhendées comme « sorties » (30,5%) ou percevant des prestations chômage (17,6%).

Ces éléments descriptifs permettent de souligner plusieurs dimensions.

Les difficultés de sortie que l'on avait repérées pour les allocataires du RMI permanents au cours de la première période d'observation se confirment. On avait noté que l'âge plus élevé et l'état de santé déclaré moins favorable différenciaient très sensiblement les personnes de ce groupe. Cependant, on relève que, même pour ce groupe, les sorties ont une importance relative non négligeable ; mais elles peuvent découler d'un changement de situation familiale plus que d'une reprise d'emploi. D'ailleurs, l'accès à des prestations chômage attestant un passage par l'emploi, même de courte durée, est limité.

Les sorties semblent correspondre à un éloignement durable du dispositif RMI pour un peu plus de la moitié des ménages. Sur la période 2004-2006, on avait observé que ces sorties étaient majoritairement dirigées vers l'emploi, ce qui semble

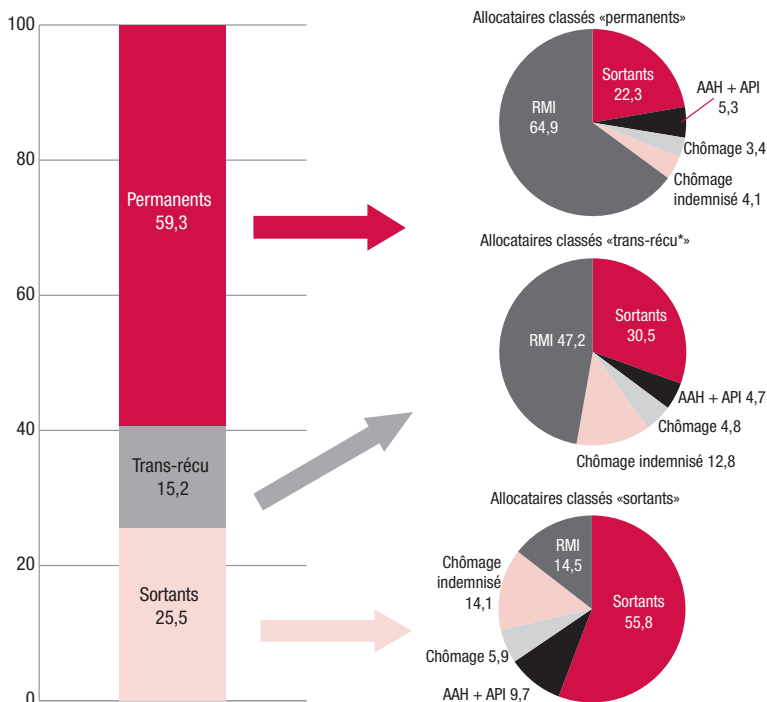
se confirmer d'un double point de vue : l'accès à l'API et à l'AAH reste très minoritaire (10% environ des cas); une fraction des sortants est maintenant prise en charge dans le cadre de l'indemnisation du chômage, ce qui révèle une insertion professionnelle temporaire.

L'allongement de la période d'observation est utile pour mieux appréhender le phénomène de récurrence dont l'importance est loin d'être négligeable. Sur les trois ans, il affecterait au moins 10% de l'ensemble de la population si l'on ajoute les allocataires sortis avant juin 2006 et percevant à nouveau le RMI en décembre 2007 ainsi que les allocataires classés en récurrent dans la première période et qui touchent encore cette prestation en fin de période.

Ces différents éléments illustrent notamment le rôle particulier que joue le RMI aux marges du marché du travail. Son articulation avec des emplois particulièrement précaires ne garantit en rien l'inscription des individus correspondants dans une trajectoire d'insertion professionnelle durable permettant un réel retour à l'autonomie. De ce point de vue, la question de la qualité des emplois repris reste centrale.

Graphique 2

Perception du RMI entre décembre 2004 et juin 2006 et situation en décembre 2007



RMI entre décembre 2004 et juin 2006

Situation en décembre 2007

* Récurrent et en transition.

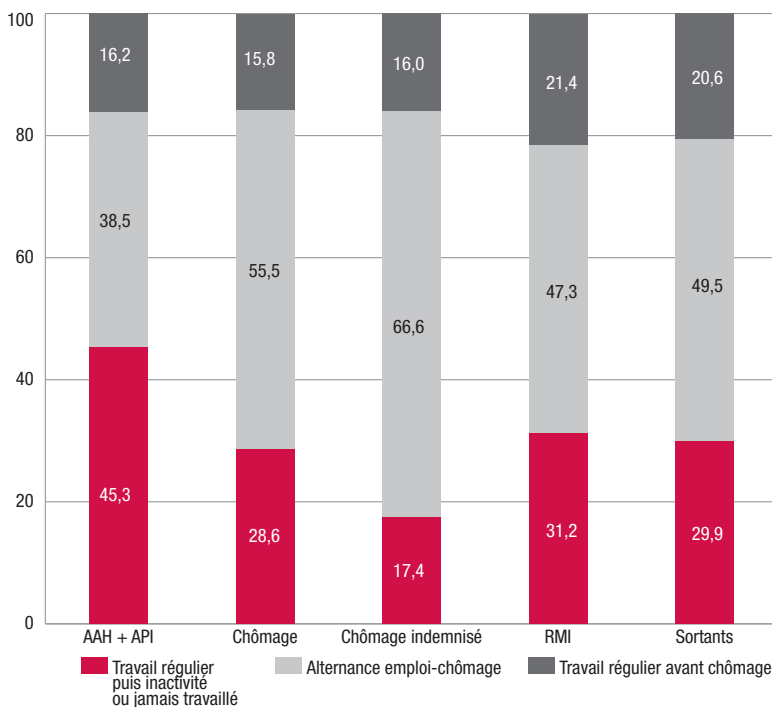
Sources : ENIAMS, traitement Bouchoux *et al.*, 2010.

Les profils de carrière professionnelle

L'examen des situations occupées en décembre 2007 à l'égard des prestations sociales et du marché du travail selon trois grands types de carrière professionnelle montre une distinction marquée entre les allocataires qui n'ont jamais eu d'activité professionnelle ou qui sont inactifs depuis longtemps et ceux qui ont connu une succession d'emplois (graphique 3). Ainsi, les personnes passées à l'AAH ou à l'API sont proportionnellement les plus nombreuses à n'avoir jamais eu d'activité professionnelle ou à avoir subi un arrêt prolongé voire définitif après avoir été en emploi. De ce point de vue, l'accès au RMI est une étape qui n'infléchit pas la trajectoire antérieure à l'égard du marché du travail du fait des questions liées soit à la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle soit aux problèmes de santé. On a ici l'illustration de formes d'insertion sociale que le RMI contribue à institutionnaliser, notamment pour des femmes jeunes (passant à l'API) ou pour des hommes âgés (accédant à l'AAH). Cependant, le niveau des prestations alternatives ne permet pas une réelle sortie de la pauvreté monétaire.

Graphique 3

La situation des allocataires de décembre 2004, en décembre 2007, selon trois types de carrière professionnelle



Sources : ENIAMS, traitement Bouchoux *et al.*, 2010.

Les personnes appréhendées comme chômeurs, indemnisés ou non, en décembre 2007 ont, le plus souvent, une carrière marquée par une alternance entre l'emploi et le chômage. L'accès au RMI peut être une étape récurrente. Cela atteste son rôle de troisième composante de l'indemnisation du chômage pour les personnes inscrites sur des parcours d'emplois précaires mal couverts par les règles assurantielles propres aux allocations chômage *stricto sensu*. On retrouve ici une population plus jeune dont la qualification ne lui permet pas, cependant, de surmonter les processus de segmentation du marché du travail.

Paradoxalement, les trajectoires longues des « allocataires du RMI permanents » et des « sortants » paraissent très voisines : pour la moitié chacun, ces deux groupes sont formés de personnes dont la carrière professionnelle est constituée par une succession de phases d'emploi et de chômage ; pour un cinquième d'entre eux, les carrières sont marquées par une perte d'emploi stable débouchant sur une situation de chômage sans doute de longue durée ; enfin, pour un peu moins d'un tiers, ces deux groupes rassemblent des personnes qui n'ont jamais travaillé ou qui ont interrompu leur activité professionnelle depuis un temps long. La similitude de ces deux groupes du point de vue de leurs rapports au marché du travail peut découler de deux phénomènes : d'une part, une fraction des « allocataires du RMI permanents » occupent un emploi, mais la rémunération correspondante ne leur a pas permis de sortir du dispositif ; d'autre part, pour une fraction des « sortants » la sortie du RMI découle d'un changement de la situation familiale et non d'une reprise d'emploi.

Femmes âgées en situation de pauvreté

Étude exploratoire

Arnaud Campéon, Karine Chauvin et Florence Delaune
(Association Psychologie & Vieillesse)

DEPUIS plusieurs décennies, la situation globale des personnes âgées s'est considérablement améliorée : davantage de ressources, davantage de possibilité de loisirs, davantage de liens de solidarité, une meilleure insertion sociale, une meilleure santé, etc. C'est le sort aujourd'hui partagé par un grand nombre de personnes âgées. Malgré ces améliorations, la situation de certaines femmes âgées demeure pourtant préoccupante, notamment pour les plus âgées d'entre elles qui cumulent les handicaps : faible retraite, difficulté à se loger dans un logement décent et à s'alimenter convenablement, désinvestissement de leur santé, isolement, etc. La recherche-action que nous proposons vise à apporter une contribution qualitative à l'étude de cette population dont on connaît mal, en définitive, les trajectoires et les caractéristiques. Elle va, en outre, nous permettre de découvrir une figure inhabituelle, celle de la vieille femme seule, « sans le sous », exposée aux carences affectives et exclue des apports culturels, image qui, il faut bien l'admettre, contraste avec la caricature médiatisée des jeunes seniors pleinement insérés et dynamiques.

Le vieillissement de la population confronte nos sociétés à une situation jusqu'à inédite, sources d'importants enjeux politiques, économiques et sociaux. La mise en forme de ces enjeux a été consacrée par le rapport Laroque (1962) qui fait office de point de départ à la définition d'une politique vieillesse en France. À l'époque, l'objectif était d'améliorer les conditions de vie marquées, pour beaucoup, par la pauvreté matérielle, l'isolement social ou encore les problèmes posés par une santé «déficiente». Près de cinquante ans plus tard, force est de constater que la situation socio-économique des personnes âgées s'est nettement améliorée¹. Celles-ci ont pu bénéficier des transferts de ressources organisés entre actifs et non-actifs², mais également de la mise en place d'équipements et de services visant à favoriser leur insertion sociale. Aujourd'hui, leur niveau de vie moyen est proche de celui des actifs (Augris et Bac, 2008).

Cette évolution, qui a permis de sortir la vieillesse de son ancienne condition «misérable» dénoncée par Simone de Beauvoir, ne doit cependant pas faire oublier qu'il subsiste des inégalités intergénérationnelles et intragénérationnelles importantes mais également des inégalités de genre. En effet, de fortes disparités existent à l'intérieur du groupe «âgé», entraînant la marginalisation de certains fragments de populations qui cumulent les handicaps : faibles revenus, dépendance et isolement.

La situation des femmes est à cet égard particulièrement significative des difficultés d'existence de certaines franges de la population dite âgée. En effet, dans le contexte d'un vieillissement inexorable de la population, et compte tenu de leur plus grande espérance de vie, les femmes âgées cumulent de nombreux risques à se retrouver dans une situation difficile, autrement dit, en situation de précarité (économique, sociale, familiale, etc.). Les liens familiaux traditionnels étant moins assurés qu'auparavant, sinon différemment, nombre d'entre elles se retrouvent en effet seules lorsqu'elles perdent leur conjoint et doivent supporter des charges quasi-identiques³, alors qu'elles restent traditionnellement peu enclines à solliciter une aide extérieure. On connaît par ailleurs l'incidence forte des situations de précarité sur les conditions et les modes de vie, tels que le (mal) logement, l'alimentation ou encore la (mauvaise) santé des individus.

La recherche-action que nous avons menée propose d'apporter une contribution qualitative à l'étude de cette population dont on connaît mal, en définitive, les trajectoires et les caractéristiques. Elle se base sur la réalisation de vingt entretiens

1. Entre 1970 et 2006, le nombre de personnes de 65 ans et plus aux revenus inférieurs au seuil monétaire de pauvreté à 60 % a été divisé par 3,5. Le taux de pauvreté correspondant passe ainsi de 35 % en 1970 à 10 % en 2006 (Augris et Bac, 2008).

2. Cela est l'aboutissement d'un long processus : en vingt ans, les conditions de départ à la retraite se sont sensiblement améliorées, avec la montée en charge et l'élargissement des systèmes de retraite, de base et complémentaire, les prestations du minimum vieillesse ont également été revalorisées (David et Starzec, 1996).

3. Rappelons que, à la fin de l'année 2006, 599 000 personnes étaient allocataires du « minimum vieillesse », soit 4,5 % des 65 ans ou plus et que, parmi elles, la majorité des allocataires étaient des femmes âgées et seules (célibataires, divorcées, veuves) (Augris, 2008).

semi-directifs réalisés auprès de femmes âgées de plus de 60 ans vivant seules et en situation de pauvreté⁴ dans le département d'Ille-et-Vilaine⁵.

Les trajectoires féminines dans la pauvreté

Une enfance difficile accrue par leur statut de «filles de la famille»

Les femmes interrogées sont, pour la plupart, issues de milieux modestes. Elles ont commencé à travailler jeunes (8 à 16 ans) pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Le plus souvent, elles étaient employées dans des fermes ou les commerces de leurs parents ou employées en tant que femmes de ménage ou domestiques chez des particuliers. Ces travaux étaient généralement peu payés.

En plus de leur travail, beaucoup avaient la charge de leurs frères et sœurs, et leur temps libre était souvent consacré aux travaux domestiques dans la maison familiale. Leur place de fille les a familiarisées très tôt au sacrifice. Pour cette génération, le don de soi n'était pas un choix mais bien plus une norme sociale à laquelle elles devaient se conformer. Cette réalité, connue dès la prime enfance, explique la posture de certaines femmes aujourd'hui qui gardent ce sens du sacrifice et cette négation de leurs propres besoins. Plus encore, il semble que la rudesse des épreuves traversées durant cette période de vie ait durablement forgé leur caractère (marqué par un certain sens de la survie, de la débrouillardise et de l'économie) et ait produit chez elles un sens précoce des responsabilités.

Travail féminin et contrainte sociale

Alors que l'entrée prématurée dans le travail aurait pu être pour elles une source d'émancipation et de réalisation de soi, la mise en couple de ces femmes a continué à leur imposer certaines contraintes. En effet, mariées très jeunes, la plupart ont été obligées d'arrêter de travailler pour s'occuper des travaux domestiques et de l'éducation des enfants. Toutes soulignent d'ailleurs l'aspect culturel et générationnel de ce mode de vie qui faisait que les femmes restaient à la maison pendant que les hommes allaient travailler pour subvenir aux besoins du foyer.

Tout comme l'arrêt du travail, la reprise d'activité a souvent été imposée. Bien souvent, c'est la fragilité économique du couple qui les a obligées à reprendre une activité professionnelle pour compléter les revenus du foyer (chômage ou invalidité du mari). Malheureusement, les activités reprises ont souvent représenté des ressources financières faibles eu égard à la pénibilité (physique et psychique) du travail effectué (par exemple, garde-malade, nourrice, ouvrière). De plus, ces activités

4. Depuis le 1^{er} avril 2009, le montant maximum de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est de 8 125,59 euros par an (soit 677,13 euros par mois) pour une personne seule. Si certaines femmes âgées de notre échantillon dépassent le seuil des 700 euros, c'est qu'en dépit de revenus plus importants elles sont néanmoins confrontées à des situations financières difficiles, surendettement par exemple.

5. Voir le rapport complet de l'étude : Campéon A., Chauvin K., Delaune F., 2009, «Femmes âgées en situation de pauvreté», Rapport d'étude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et pour la Fondation de France, Rennes, association Psychologie & Vieillessement, décembre, 101 p., sur le site de l'ONPES : http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_femmes_agees_en_situation_de_pauvrete_-_octobre_2009.pdf

n'ont pas toujours été déclarées, ce qui n'a pas contribué à les protéger financièrement pour leurs vieux jours. À l'époque, l'important était d'accroître ses revenus et non d'être dans une démarche de prévoyance retraite. Le présent était suffisamment difficile à assurer, ce qui explique la projection impossible de ces femmes dans un avenir lointain (avec une espérance de vie qu'elles n'auraient jamais imaginée). Les femmes dont le conjoint est décédé brutalement ont affronté les mêmes difficultés financières et matérielles. Elles sont peu nombreuses à avoir occupé un poste à temps plein et ont dû cumuler plusieurs activités en jonglant avec un emploi du temps demandant une organisation familiale rigoureuse.

Les voies d'entrée dans la pauvreté

Certaines, de l'enfance à la vieillesse, ne sont jamais sorties de la pauvreté. Elles décrivent une sorte de spirale de laquelle elles n'ont jamais pu sortir. Contraintes à vivre de manière précaire sans jamais pouvoir y remédier, leur vieillesse ne fait pas exception. Pour les autres, ce sont des événements de vie particuliers qui ont pu contrarier leurs trajectoires. La survenue d'un décès ou d'une maladie (chez elle, chez le conjoint ou chez un enfant) a, par exemple, contraint certaines femmes à s'arrêter de travailler pour s'occuper d'elle ou de leur conjoint. Dans ce dernier cas, la baisse des revenus de subsistance a pu précipiter l'entrée dans la pauvreté. Le décès brutal du conjoint, lot commun d'un grand nombre de ces femmes, a eu les mêmes effets, notamment quand le décès est survenu avant l'âge de la retraite du mari. Les conséquences sur la situation financière sont dramatiques : les frais d'hospitalisation entament les économies de la retraite, voire précipitent les épouses dans les dettes (vulnérabilité de ces femmes face aux offreurs de crédits).

À l'âge de la retraite, les plus « chanceuses » de ces femmes ont eu une retraite incomplète ainsi que la pension de réversion de leur mari, tandis que les moins bien loties n'ont eu qu'une retraite incomplète de leur époux. Dans tous les cas, leur position financière est extrêmement fragile et les conditions de leur bien-être largement entachées (surendettement, vente des biens du couple, déménagement en HLM, mise sous tutelle, etc.).

Vivre la pauvreté

Une retraite « de misère »

Être pauvre, c'est être en difficulté pour faire face à ses besoins quotidiens, au premier rang desquels les besoins dits fondamentaux : se nourrir, s'habiller, se loger, se soigner, etc. Tout cela, nous avons pu l'évoquer avec les femmes âgées rencontrées.

Pour elles, la question du niveau de vie est importante et significative des difficultés qu'elles rencontrent. Elles estiment que, si elles « *avaient plus* », elles se sentiraient plus en sécurité. Il n'y a là rien d'étonnant. Cependant, à la différence de certain(e)s autres retraité(e)s (qui ont pu profiter des fruits de la croissance pendant la période des Trente Glorieuses), ces femmes ont en commun une vie de travail par-

fois harassante et surtout faiblement récompensée. Elles se retrouvent donc avec une retraite que certaines n'hésitent pas à qualifier «*de misère*». Le coût de la vie leur paraît d'ailleurs plus cher qu'auparavant et leur pouvoir d'achat moindre. Or, constater que le prix de la vie augmente de manière plus rapide que la pension de retraite, c'est aussi signifier qu'elles se sentent doublement pénalisées par rapport aux conditions de certains de leurs contemporains. Non seulement elles se sentent «*justes*» mais, en plus, elles ont le sentiment de voir leur pouvoir d'achat diminuer sans cesse. Dans cette optique, la retraite implique des comportements prudents. Il s'agit de «*faire attention*», de savoir «*se serrer la ceinture*», de ne pas «*faire d'excès*», etc. Elles sont donc contraintes de mesurer les effets de telles ou telles dépenses et de jouer constamment avec les (faibles) marges de leur budget pour s'en sortir. La pratique de la «*débrouille*» est une stratégie souvent adoptée; débrouille qui confère à ces femmes une intelligence pratique, une faculté d'adaptation permanente aux événements et aux contraintes.

Alice ne peut pas se payer de vêtements, des chaussures, etc., aussi, elle les récupère: «*Ma fille m'en amène parfois ainsi qu'une dame que je connais*»; «*Je les récupère, je les coupe, les répare, je remets des boutons, je les raccommode à ma taille*». Ainsi, Alice s'habille des vêtements des autres. Il lui arrive aussi de faire des poubelles: «*Quand je vois des vêtements en mauvais état dans les poubelles, je les sors de là et je les reprends à ma taille.*»

Au niveau de l'expérience vécue, ces conditions de vie favorisent la généralisation d'un sentiment d'insécurité sociale et parfois d'injustice.

La restriction d'une participation sociale

N'ayant pas le loisir de dépenser «*à tort et à travers*», les postes de ces femmes apparaissent comme stables. Elles citent les charges liées au logement (loyer, chauffage, eau et électricité, etc.) suivies par l'ensemble des charges fixes, comme les dépenses d'alimentation ou encore celles liées à leur santé. Qu'en est-il des activités réalisées?

Les activités extérieures ont généralement tendance à diminuer avec l'âge, mais il existe également une influence de la situation économique sur la perte d'activités sociales. Les personnes rencontrées ont peu d'activités à l'extérieur de chez elles. Deux raisons à cela. La première est liée aux habitudes de vie antérieures qui sont un frein considérable au maintien d'une participation sociale. Certaines femmes n'ont, par exemple, jamais pu prendre le temps de s'occuper d'elles ou de se divertir. En revanche, pour celles qui avaient des loisirs, le motif financier est très présent dans la perte d'activités: le décès du conjoint qui occasionne une perte de revenu, un problème de santé qui ne peut être soigné pour raison économique (audition, vue, etc.), le coût de l'activité devenu élevé ou le défaut, voire le prix, des transports pour s'y rendre, etc. Le fait de ne plus conduire marque également un ralentissement des activités extérieures. Ce fait n'est pas toujours lié à un problème de santé mais parfois à une incapacité à prendre en charge les frais occasionnés

(essence, réparations, etc.). Enfin, certaines expliquent que ne pas sortir c'est ne pas avoir à assumer la honte de ne rien pouvoir s'acheter et que c'est aussi la seule manière de ne rien dépenser et de contrôler son budget. Ces femmes passent par conséquent beaucoup de temps à l'intérieur de leur domicile. Tous ces éléments concourent à une mise en situation d'isolement et ne sont pas sans provoquer l'es-seulement de certaines (Campéon, 2009 ; Combattre la solitude des personnes âgées).

Les difficultés ressenties : aider ses enfants, gérer l'imprévu

Pour ces femmes, le plus difficile à vivre semble être moins la faiblesse de leurs moyens (on pourrait dire que certaines s'y sont « habituées ») que de ne pouvoir aider leurs enfants. Pour cause, les enfants (et petits-enfants) peuvent encore être source d'inquiétude pour nombre d'entre elles. Les deux risques identifiés dans leur discours concernent les difficultés professionnelles que rencontrent certains d'entre eux (chômage, temps partiel, etc.) ou encore les situations de divorce et de désunion. Il s'agit là de deux sources d'anxiété génératrices de difficultés financières devant lesquelles ces mères se retrouvent totalement impuissantes : elles n'ont pas les moyens financiers d'aider leurs descendants ni de leur laisser un patrimoine quelconque.

Le deuxième élément qui leur est particulièrement difficile à vivre est la peur de la dépense « imprévue » et qui est susceptible de mettre en péril leur équilibre déjà précaire. Plusieurs ont ainsi évoqué le risque que pouvait constituer un four ou un frigidaire qui tombe en panne, une toiture qui fuit, un problème de santé quelconque qui les obligerait à changer de lunettes ou de dentier, ou, pour celles qui sont propriétaires de leur appartement, une dépense importante liée à une décision du syndic.

L'imprévu oblige à réévaluer sa situation et à trouver, dans l'urgence, une solution dans les meilleurs délais. Pour faire face à ces situations de crise, différentes stratégies peuvent être mises en œuvre.

- Restreindre toujours un peu plus les dépenses jugées compressibles et réaliser certains compromis. Cette solution pousse, par exemple, à reporter à plus tard certaines dépenses (des travaux d'aménagement par exemple) pourtant devenues nécessaires ; à échelonner ses achats pour ne pas « *se saigner au sang* » (attendre quelques mois pour remplacer son four) ; à remplacer certaines dépenses au détriment d'autres (s'acquitter de sa facture d'électricité et retarder le paiement de son loyer par exemple) ou, plus radicalement encore, à se priver de certains achats pourtant importants (telles qu'une paire de lunettes par exemple), renforçant d'autant plus la précarité de leurs conditions.
- Demander de l'aide et être dépannée en empruntant auprès de sa famille ou, plus rarement, d'éventuel(le)s ami(e)s. Il arrive, lorsque la situation professionnelle des enfants le permet, qu'une aide financière puisse avoir lieu mais il s'agit plutôt généralement d'aides ponctuelles et financièrement peu élevées ou d'aides « en nature » destinées à éviter une dépense : bricolage du fils pour réparer un four, installation de barres d'appui par des membres de la famille, invitation à déjeuner hebdomadaire pour faire « gagner » un repas, etc. Reste que la

plupart des femmes âgées rencontrées ne disposent pas nécessairement de ressources dans leur entourage.

- Faire appel à un organisme et emprunter pour s'acquitter d'une dépense imprévue. Cette stratégie n'est pas sans risque puisque, faute d'une gestion rigoureuse, elle peut contraindre une personne à s'enfermer dans une spirale d'endettement.

L'expérience subjective de la pauvreté

Comment ces femmes vivent-elles ces situations de pauvreté? Quels mécanismes identitaires défensifs mettent-elles en place? Dans les discours, elles oscillent entre deux types de postures.

- Les «résignées» ou «satisfaites par dépit» qui, même si elles estiment avoir une faible pension, ne se trouvent pas trop mal loties et pensent qu'il y a toujours «pire» ailleurs. Elles ne se plaignent pas de leur situation (ce qui ne signifie pas qu'elles ne le regrettent pas), estimant qu'avec l'âge leurs besoins de consommations diminuent et qu'elles ont «encore» suffisamment pour vivre. Pour elles, la priorité est en effet moins de pouvoir participer à la société de consommation que de continuer à pouvoir payer leur loyer, se chauffer, pouvoir se nourrir aussi convenablement que possible. Dans ce type de profil, lorsqu'une aide est mise en place, celle-ci arrive le plus souvent par un extérieur, lorsque la situation de vie est déjà fortement dégradée. Le rapport aux institutions et aux services sociaux est donc plutôt distant dans la mesure où elles n'ont pas les clés de leur utilisation et encore moins l'information qui serait nécessaire pour, éventuellement, les solliciter. Ce mécanisme conduit à réduire, voire à minimiser ses besoins, à se contenter de plaisirs limités, à ne pas demander d'aide par «habitude» de s'être toujours débrouillée autrement. Les mécanismes défensifs à l'œuvre dans cette catégorie s'apparentent à la dénégation, ou à la résignation, qui apparaît comme un moyen de désamorcer les sentiments négatifs liés à sa condition par un désinvestissement narcissique.
- L'autre groupe a un tout autre profil. Il s'agit plutôt de femmes relativement «amères» quant à leur condition et plutôt «méfiantes». Pour elles, la retraite qu'elles touchent n'est pas une juste reconnaissance de ce qu'elles ont pu effectuer durant leur vie active. La critique est d'autant plus forte que le travail réalisé par ces femmes a été physiquement et/ou moralement difficile. En conséquence, elles éprouvent un sentiment de déception et d'incompréhension à l'égard d'une société qui ne «respecte» pas assez ses travailleurs et qui les exclut, d'emblée, des loisirs auxquels ont accès nombre de leurs contemporains. Ici, la pauvreté fait honte; elle favorise la frustration, mais ce n'est pas pour autant qu'elle va donner lieu à une mobilisation active de demande d'aide sociale parce que, à force de s'être déjà heurtées à des refus ou à des complications administratives sans fin (on pourra alors parler de fonctionnement dissuasif), ces femmes n'ont plus confiance. Par «lassitude» et sentiment accru de relégation, elles ne cherchent plus à faire valoir leur droit, sauf en situation d'urgence. Les affects à l'œuvre dans cette catégorie sont plutôt la colère et le refus de tout contact avec

autrui. Faute d'avoir les moyens de s'en sortir, elles cherchent à se protéger par une tentative de revalorisation d'elles-mêmes en projetant sur autrui la cause explicative de leur situation. L'aide est ici associée à de l'assistanat. Aussi, il s'agit « de ne rien demander » pour ne rien devoir à personne, « *j'ai bataillé toute ma vie, ce n'est pas maintenant que je vais demander de l'aide* », et conserver ainsi sa dignité. Ici, le non-recours traduit un choix personnel de se préserver d'une position de demandeur et exprime le refus de se voir stigmatiser comme « un assisté social ».

Les pratiques dans la pauvreté

L'habitat des femmes âgées en situation de pauvreté

Entre insalubrité et inconfort du logement

Au cours des dernières décennies, le sous-équipement et l'inconfort du domicile qui caractérisaient les conditions d'habitat de la majeure partie des personnes âgées par rapport à l'ensemble des ménages de la population française se sont largement atténués (Minodier et Rieg, 2004). En dépit de cette amélioration, un récent rapport de la Fondation Abbé-Pierre (2009) rappelle l'importance du phénomène du mal-logement en France, qui toucherait un nombre croissant de personnes âgées. Certaines femmes que nous avons rencontrées font partie de ces mal-logés.

Les contextes et mécanismes sociaux à l'origine de la dégradation de leur habitat sont d'ailleurs similaires. Il s'agit le plus souvent d'habitats anciens dans lesquelles ces femmes vivent depuis plusieurs dizaines d'années, voire depuis toujours. Pour elles, envisager un déménagement est impossible tant leurs habitudes, leurs relations, leurs repères sont forts avec l'environnement dans lequel elles évoluent. Dans ce type de contexte, et avec l'âge, il s'en faut de peu pour que leurs conditions de vie se dégradent : à la suite d'un deuil, d'une rupture familiale (avec les enfants par exemple), d'un accident de santé ou tout simplement faute de conditions physiques suffisantes, l'entretien du logement devient de plus en plus difficile à réaliser et les réparations qui auraient dû être effectuées (un carreau cassé, une fuite dans la toiture, une chasse d'eau qui ne fonctionne plus, etc.) ne l'ont pas été faute de ressources financières ou de réseau social. Au fur et à mesure, le bâti et le logement se détériorent, accentuant d'autant plus son insalubrité (Fondation Abbé-Pierre, 2009).

Thérèse, 82 ans, habite en zone rurale. Elle est née dans la maison dans laquelle elle habite. Il s'agit d'une vieille habitation dont la vétusté est patente : deux pièces de vie (une autre étant condamnée à cause d'une toiture défectueuse), chauffage au bois, toilette cassée (Thérèse rajoute manuellement de l'eau dans sa cuvette), toiture en mauvais état, murs fissurés, etc. En dépit de ces conditions de vie, Thérèse ne souhaite surtout pas déménager. Elle nous explique que sa vie est ici et, même si elle reconnaît que sa maison n'est pas toujours « *pratique à vivre* » (surtout en hiver), elle s'y sent bien dans la mesure où elle a toujours vécu ainsi et, surtout, qu'elle ne s'imaginait pas vivre autrement.

Une autre situation de vie rencontrée concerne moins la vétusté du logement que son caractère «inconfortable». En effet, certains logements posent d'évidents problèmes d'accessibilité: présence de quelques marches pour accéder à l'immeuble, d'escaliers dans son intérieur; absence d'ascenseurs permettant de sortir; porte d'entrée trop lourde, absence de barres d'appui dans les couloirs, etc. D'autres ont évoqué l'exiguïté des lieux mais également l'exiguïté des passages pour l'utilisation d'un déambulateur. Bien souvent, en effet, après un déménagement tardif et le plus souvent contraint, certaines ont été obligées de se rabattre, à la suite d'un veuvage ou d'un accident de santé, sur de plus petits logements, moins coûteux, mais aussi moins pratiques. Nous avons également relevé des soucis de commodités en termes, notamment, d'installations sanitaires: absence de douche et impossibilité d'en aménager une accessible, absence de barre d'appui dans les toilettes et salles de bains, etc., qui empêchent parfois de faire sa toilette. À cela s'ajoute, pour beaucoup d'entre elles, l'impossibilité de réaliser les travaux nécessaires de «décoration»: refaire un sol, refaire une tapisserie jaunie ou déchirée par le temps, etc. Si les travaux de décoration ne répondent pas à des besoins de première nécessité, ils sont néanmoins importants dans l'évaluation que chacune se fait de son cadre de vie et dans le sentiment de bien-être qui en découle.

Pratiques d'habitat et difficultés rencontrées

La première grande difficulté tient au prix des loyers pour les personnes locataires. Bien souvent, il ampute de la moitié leurs ressources mensuelles. En conséquence, même avec des aides, mais encore faut-il les connaître ou ne pas être à la limite des plafonds y donnant droit, le «budget loyer» est souvent perçu comme «lourd». Il suffit d'une augmentation de loyer ou d'un imprévu pour entraîner un défaut de paiement et encourir le risque d'une expulsion.

Brigitte a été expulsée de son logement à la suite de plusieurs impayés: «*Je ne faisais pas mes papiers, je ne faisais pas attention.*» Elle avait plus de quatre mois de retard de loyer.

Pour les propriétaires de leur logement, les décisions de syndic peuvent aussi s'avérer lourdes de conséquences (ravalement de l'immeuble, mise aux normes d'une toiture, réfection d'une cage d'escalier, etc.). Il a également été noté dans certains logements mal isolés des frais de chauffage particulièrement coûteux. Pour y faire face, femmes ont développé certaines stratégies:

Alice veille à ne pas mettre son chauffage en continu: «*L'hiver, je fais attention, je le mets vraiment quand j'ai froid pour ne pas que ça augmente trop vite*»; «*parfois je le coupe quand je vais me coucher et je m'habille chaudement*».

Son chauffage lui coûtant très cher, Véronique se sert de son poêle pour chauffer sa maison et éviter ainsi que sa facture ne soit trop onéreuse: «*Les voisines me donnent du bois... ça coûte moins cher que le chauffage, je suis obligée de faire ça pour pas que ça augmente trop.*»

La deuxième difficulté tient essentiellement aux caractéristiques même de l'habitat. Certaines maisons et appartements sont, en effet, en mauvais état et non conformes aux normes de sécurité : installation électrique défectueuse, mauvaise isolation, humidité, etc. Dans une autre mesure, on a pu noter des problèmes d'isolation et d'insonorisation dans certains appartements ; ou encore des problèmes plus structurels de dégâts des eaux ou d'infiltration dans de vieux immeubles. Certaines femmes notent également le manque de coopération des propriétaires, voire le refus de certaines institutions de logement social d'investir dans la rénovation ou même de réaliser des réparations. Ces sources d'inconfort ont pu pousser certaines femmes âgées à faire réaliser par elles-mêmes quelques travaux d'adaptation et à contracter, de ce fait, un impayé à la suite d'un litige avec leur bailleur.

Enfin, en termes d'équipements, ces logements ne sont pas toujours très bien dotés. Il s'agit là cependant d'un problème mineur pour les femmes âgées rencontrées. Ne pas avoir de lave-vaisselle ou encore de lave-linge n'a, par exemple, jamais été cité comme une contrainte. Seuls le four, le frigidaire et la télévision sont généralement jugés comme « indispensables », et c'est d'ailleurs sur ces aspects que nous avons pu relever quelques tracasseries lorsque ces équipements tombaient en panne.

Au regard des difficultés constatées, que celles-ci soient liées à la santé des femmes rencontrées ou à leurs logements, les risques de repli chez soi et sur soi sont importants et la plupart de nos informatrices ne sortent pas, ou peu, de leur domicile⁶. Cet attachement au chez-soi peut d'ailleurs aller jusqu'à la crispation, c'est-à-dire à la peur de tout envahissement et de toute tentative d'ingérence.

Parfois, le risque de désaffiliation est pourtant bien réel et certaines situations s'apparentent ainsi presque à une vie proche de « la clochardisation à domicile » (Fondation Abbé-Pierre, 2009), où ces femmes ne sortent plus et s'enferment dans un processus d'auto-exclusion qui peut conduire au développement de positions régressives. N'avoir personne à qui parler c'est aussi n'avoir personne à voir ni à rencontrer. Dans ces conditions, il peut parfois paraître vain de vouloir s'occuper de soi, de se faire convenablement à manger, de s'obliger à sortir, de limiter l'usage de la télévision, etc. Il n'est alors pas rare que certaines abandonnent toute considération pour elles-mêmes et toute velléité d'entretien de leur cadre de vie, entamant ainsi un processus de déprise ultime (Clément et Mantovani, 1999).

6. En outre, de nombreuses femmes âgées rencontrées habitent dans des quartiers plus ou moins « défavorisés », là où les logements sont les moins onéreux, et là où les désagréments (insécurité, dégradations, etc.) peuvent être les plus importants : une cage d'escalier mal éclairée, l'absence de concierge, des boîtes aux lettres cassées, des couloirs dégradés (présence de détritus), etc. Ces femmes reprochent donc le manque de « tranquillité », parfois le sentiment d'insécurité (certaines hésitent même à sortir, estimant que leur quartier n'est « pas sûr »), ou encore, à l'extérieur, l'absence d'espaces verts pour se promener, de moyens de transport, de commerces de proximité. Ces espaces favorisent le sentiment d'enclavement et réduisent les possibilités de sortie.

L'alimentation des femmes âgées en situation de pauvreté

Une population fragilisée par la monohabitation

Au cours du vieillissement, les pratiques alimentaires changent. Quel est l'impact de la pauvreté sur les pratiques alimentaires des femmes seules rencontrées ? Pour répondre à cette question, nous pouvons déjà faire état d'un contexte, celui de la monohabitation de ces femmes et de leur plus ou moins grand isolement social qui les fragilisent considérablement sur le plan alimentaire (Cardon et Gojard, 2006). Deux raisons essentielles à cela. La première est liée aux modes d'approvisionnement. Avec l'âge, et sans réseau d'aide, sortir faire ses courses, porter des sacs lourds, etc., deviennent des activités difficilement réalisables. La seconde est sociale et psychologique. Faire la cuisine et manger requiert la commensalité : la norme alimentaire consiste à cuisiner « pour la famille » et à manger « en famille ». En situation de solitude, cette dimension peut être gravement perturbée.

Une population fragilisée par sa situation économique : un budget alimentation restreint

Cette situation est d'autant plus renforcée lorsque la personne a peu de moyens et que son budget « courses » est restreint. En effet, après avoir soustrait à sa retraite son loyer et ses charges fixes, il reste parfois bien peu pour manger convenablement. En règle générale, le budget alimentation ne dépasse pas 30 à 40 euros par semaine. Toutes n'ont cependant pas cette marge de manœuvre :

- Alice : *« Je mange pour 3 euros par jour ! »*
- Enquêteur : *« Trois euros ? »*
- A. : *« Oui ! Un euro le matin pour une tranche de pain et mon café au lait, mais sans confiture, jamais, c'est trop cher. Un euro le midi pour ma salade piémontaise et 1 euro le soir. Tous les jours je mange la même chose. »*
- E. : *« Tous les jours ? »*
- A. : *« Oui, sept jours sur sept, sauf si je suis invitée. »*

Sans être un poste totalement sacrifié (*« il faut bien manger pour vivre »*), l'alimentation est sujette à un moindre investissement dans la mesure où, contrairement à certaines dépenses (loyer, etc.), elle est un poste qui est, jusqu'à un certain point, compressible. Il suffit pour cela de « moins manger », de changer certaines habitudes (remplacer des légumes frais par des conserves, du poisson frais par du poisson surgelé, etc.) ou encore de bricoler ses repas.

À propos de ses achats quotidiens, Adeline nous dit : *« Je ne fais jamais de crédit, je n'achète pas si je n'ai pas les moyens [...] quand je n'ai pas de quoi me nourrir je ne mange pas c'est tout, la nourriture n'est pas importante pour moi. »*

Nous n'avons pas rencontré de femmes dans une situation financière telle qu'elles ne pouvaient plus durablement se permettre de se nourrir. Lorsque c'était le cas, elles ont pu trouver de l'aide, à l'instar d'Alice qui bénéficie d'une aide sociale

alimentaire de sa commune de 100 euros par mois ou encore de Colette qui a, un temps, fréquenté les Restaurants du Cœur.

Les pratiques alimentaires sont très différentes d'une situation à l'autre. Sans avoir le sentiment de ne pas manger à leur faim, ces femmes (sans doute plus que les hommes dans la même situation) ont conscience de ne pas avoir une alimentation équilibrée et regrettent de ne pas pouvoir consommer certains produits. On nous a ainsi souvent opposé le prix de la viande, du poisson ou encore des fruits et légumes frais par rapport à celui de produits riches en féculents, de conserves ou encore de produits « sous plastique » largement plus accessibles.

L'alimentation et ses difficultés : monotonie et stratégies mises en œuvre

Une manière de faire attention à ces dépenses alimentaires consiste à prendre le temps d'établir une liste d'achat rigoureuse visant à sélectionner exactement ce dont elles ont besoin. Cette liste leur permet de prévoir *a minima* leurs dépenses, sans se laisser prendre par les pièges de la consommation. Ensuite, les modalités d'achat sont dictées par la recherche du meilleur prix et de l'économie *via* les publicités de magazines qu'elles épluchent attentivement. Lorsqu'elles le peuvent, il arrive qu'elles réalisent également des achats en quantité importante pour tout ce qui concerne les produits de base et à longue conservation (pâtes, riz, lentilles, etc.) qui leur permettent de réaliser des économies substantielles.

Les formes d'approvisionnement caractérisent également les situations de pauvreté. Lorsque c'est possible, le choix des magasins est important. Les « petits commerces » ne sont généralement pas des lieux dans lesquels elles se rendent. Les courses se réalisent donc préférentiellement dans les supermarchés, et plus particulièrement les « petites enseignes » (type Huit à Huit, Super U, etc.) qui leur sont accessibles. Notons également les astuces de certaines enquêtées qui se débrouillent pour dépenser moins : Marie réalise une bonne partie de ses courses alimentaires dans des magasins « discount » situés près de chez elle ; Véronique profite de son potager pour récolter des légumes de saison ; Angèle fait la fin des marchés et glane les produits laissés à l'abandon.

L'alimentation des personnes âgées diffère selon leur contexte de vie et selon le milieu social d'appartenance : la diversité alimentaire augmente quand on s'élève dans l'échelle sociale. Et, comme il faut bien manger pour vivre, c'est la diversité et la qualité des repas préparés qui sont le plus souvent menacées.

Le repas des femmes seules en situation de pauvreté est donc rarement élaboré. Le plus souvent, elles se contentent de peu (un potage, une salade, etc.) et avalent à la hâte leur repas. Le soir, leur dîner se limite bien souvent aux « restes », pour ne pas gaspiller la nourriture. Ayant connu les privations de la guerre, ce souci est constant et nous l'avons retrouvé dans l'ensemble des discours recueillis. Elles peuvent également réaliser des repas simples mais nourrissants et qui peuvent leur durer plusieurs jours.

Au quotidien, Colette fait très attention à toutes ses dépenses. Par exemple, elle ne s'autorise pas plus de 35 euros de dépenses par semaine pour sa nourriture. Elle qui adore les légumes n'en achète jamais : « *C'est trop cher ! Je prends plutôt des*

conserves, c'est moins bon mais on s'habitue. » De même, lorsqu'elle se fait à manger, elle prépare généralement des repas qui lui font deux ou trois soirs : cassoulet avec des pommes de terre, spaghettis/macaronis avec du pâté, galettes avec des œufs mais sans jambon, etc.

Le manque d'appétit, le manque d'envie de se faire à manger et l'absence de diversité des apports peuvent parfois entraîner de graves complications pour la santé de la personne âgée.

La santé des femmes âgées en situation de pauvreté

Une anticipation souvent difficile

Le lien entre pauvreté et mauvaise santé est une problématique récurrente et aux effets complexes⁷. Quelles sont les difficultés rencontrées par ces femmes ?

Il faut rappeler que nous avons affaire dans cette étude à une population relativement défavorisée, dont on sait que les conditions de santé, et plus globalement de vie, sont moins favorables que celles de populations plus aisées. Faute de moyens et de ressources suffisantes, peu sont véritablement engagées dans une démarche de prévention et d'anticipation d'un « mauvais » vieillissement.

Jugeant leurs ressources financières limitées, ces femmes ne cherchent pas à avoir accès aux consommations associées à un bon état de santé (nutrition, soins corporels, recours au système de santé, etc.) et n'ont pas les moyens de s'assurer en cas de coups durs. Elles sont parfois même dans l'impossibilité de pouvoir suivre les prescriptions et traitements recommandés s'ils ne sont pas ou seulement partiellement remboursés. Le poids financier est ainsi objectivement associé à un moindre recours médical et à l'impossibilité, dans certaines circonstances, de réaliser des examens complémentaires.

Adeline, par exemple, dit ne pas pouvoir suivre le traitement alimentaire recommandé pour le diabète car elle estime que celui-ci est trop coûteux : *« Il faudrait faire une entrée, un plat et un dessert avec des choses équilibrées et souvent chères ».*

Leur culture ne leur permet pas d'intégrer les informations spécifiques dans le domaine de la santé, que ce soit en matière de prévention ou de soins curatifs. Elles ne disposent pas, par exemple, d'un suivi médical particulier, ne réalisent pas de bilans précis et sont souvent confrontées à l'urgence d'une prise en soin. De toute évidence, la dégradation des conditions de vie participe à la restriction de la marge de manœuvre face à l'occurrence d'un problème de santé : des troubles jugés « mineurs » ou « passagers » revêtent ainsi une place secondaire dans l'ordre des priorités et peuvent donner lieu à un report des démarches médicales.

7. Comme le note Emmanuelle Cambois, les études menées en termes de connaissance des populations précaires et de santé font ainsi apparaître qu'en plus « d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité exposent aussi à de plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes pour récupérer ou pour s'adapter à leurs conséquences directes » (Cambois, 2004).

Malgré ses soucis de santé, Thérèse ne consulte jamais son médecin. Bien que souffrant régulièrement de bronchite chronique douloureuse, elle a appris à se soigner elle-même. Elle n'a également quasiment plus de dent mais elle n'est pas allée chez le dentiste depuis des années : «*À mon époque, il n'y avait pas tout ça ! Faut se débrouiller dans la vie !*»

Leur réseau relationnel, généralement moins étendu, n'agit pas, ou peu, comme un lieu d'échanges de services et d'informations, ni comme un facteur de protection à l'égard des agressions extérieures. Disposant de peu de ressources sociales, elles ont ainsi moins de possibilités de s'introduire dans les circuits de diffusion de l'information. En outre, leur isolement relationnel peut se traduire très concrètement par l'absence d'un réseau d'aide sollicitable.

Marie souffre de problèmes dentaires mais recule sans cesse sa visite chez le dentiste faute d'accompagnateurs : «*Faudrait que j'aïlle chez le dentiste... regardez, je n'ai presque plus de dents ! Mais je ne peux pas aller voir le dentiste, c'est trop loin.*»

Faire face aux dépenses de santé

Par ailleurs, certaines femmes rencontrent des difficultés pour faire face à leurs dépenses de santé. Le problème du déremboursement de certains médicaments a été évoqué, ainsi que le déconventionnement des spécialistes.

La principale difficulté de Marie tient au défaut de remboursement de certains médicaments : «*Je paye 100 euros de mutuelle pour avoir 100% mais ce mois-ci je suis allée chercher une lotion pour les yeux et j'en ai eu pour 15 euros non remboursés*» ; «*Même chose pour le cœur... quand j'ai des palpitations, alors le docteur il vous les prescrit mais ce n'est pas remboursé ! Moi j'ai fait trois phlébites, il me faut des veinotoniques, eh bien, sur deux que j'ai, à partir de juillet, on ne me les remboursera plus ! Et moi j'ai 70 euros de veinotoniques et si je ne les prends pas, je fais des phlébites !*»

Beaucoup ont également évoqué le problème de la complémentaire santé. Faute de moyens, toutes n'en ont pas, ce qui n'est pas sans jouer sur leur état de santé objectif tout comme sur la représentation qu'elles peuvent avoir de leur santé dans la mesure où pouvoir se soigner sans restriction favorise, tant au niveau préventif que curatif, une meilleure appréciation de sa situation.

Un recours tardif au système de soins

Autre élément significatif de la population étudiée, le recours souvent tardif au système de soins. En effet, le rapport à la santé des personnes défavorisées est souvent marqué par le non-souci de soi, l'occultation, voire le déni, de leurs problèmes de santé. Elles n'y voient pas un aspect prioritaire, ce qui explique que l'entrée dans le système d'aide a été, pour beaucoup d'enquêtées, corrélée à des événements douloureux (soucis de santé ou disparition du conjoint notamment). L'entrée différée dans l'aide et/ou le soin a plusieurs causes :

- L'inattention à sa santé et le désinvestissement de soi qui font qu'une personne peut refuser de se faire soigner. À ce niveau, on pourra également évoquer la

défiance que certaines femmes entretiennent avec le corps médical (Chauvin, 2002). Dans ce type de situation, le recours à l'automédication n'est pas exceptionnel.

Brigitte a «*horreur des docteurs*». Elle y va le moins souvent possible et a recours à l'automédication. Elle a dans sa pharmacie une quantité impressionnante de médicaments. Elle les a accumulés au cours des dix dernières années et les garde précieusement. Certains sont périmés (elle nous a montré ces boîtes) mais elle les utilise quand même: «*Que voulez-vous que ça me fasse comme mal? Mon intérieur ne sera pas plus pourri qu'il ne l'est!*»

- Par les représentations ou les présupposés que construisent les individus à propos de certains services qu'ils jugent de manière négative: l'entrée dans le champ de l'aide est perçue comme un premier pas vers la reconnaissance d'une perte d'autonomie et donc comme la manifestation d'une dépendance vis-à-vis d'autrui. Certaines femmes rencontrées perçoivent en effet les aides comme de l'assistanat. Accepter une aide leur renverrait une image dévalorisante d'elles-mêmes.
- Par le manque d'information disponible sur les aides existantes, les chemine-ments nécessaires pour en bénéficier et/ou les droits dont elles disposent. À cela s'ajoute parfois une mauvaise compréhension des aides proposées.
- L'argument financier a pu parfois être mis en avant, certaines femmes nous ayant fait remarquer qu'elles n'avaient pas suffisamment d'argent pour se permettre de se payer un soin, quand bien même une partie de cette charge financière pourrait être prise en charge.

Face à la pauvreté: des solidarités à l'œuvre

Face à leur situation de pauvreté, les femmes interrogées ont décrit de multiples solidarités sans lesquelles elles ne survivraient pas ou auraient une qualité de vie moindre.

Les enfants: une aide naturelle et spontanée

La question de l'entente familiale et de l'éloignement géographique des enfants est déterminante du point de vue des solidarités en action. La plupart des femmes rencontrées ont des enfants à proximité, ce qui facilite mais ne détermine pas forcément l'entraide. Les enfants participent au soutien moral de leurs mères par une présence téléphonique régulière ou des visites plus ou moins fréquentes. Les enfants constituent également un véritable soutien financier et matériel. Le plus souvent, il s'agit de dons financiers que les enfants ne récupèrent pas, destinés à la survie de leurs parents, à un «*dépannage*» pour des fins de mois difficiles ou pour faire face à des dépenses imprévues (remplacement d'une chaudière, d'une baignoire, etc.). Les enfants sont également présents lorsqu'il s'agit de réaliser des petites réparations ou du bricolage (rénovation, sol, tapisserie) mais également du point de vue du don de matériel (télévision, vêtements, etc.). Certains se chargent également de la gestion des papiers et des finances pour leur mère qui n'avait pas l'habitude de s'en occuper. Pour autant, même si ces solidarités existent, il est parfois difficile pour une personne âgée, qui plus est pour une mère, de demander de

l'argent à ses enfants. Aussi, dans toutes les situations, les femmes interrogées font attention à ne pas trop solliciter leurs proches ; elles cherchent, autant que possible, à conserver leur indépendance pour ne pas se sentir inutilement en dette, quitte à se priver de choses essentielles comme la nourriture. Le rôle des petits-enfants est également primordial. Ces femmes expriment d'ailleurs beaucoup de satisfaction à parler d'eux, de leur niveau de scolarité ou de leur réussite professionnelle. Cette réussite correspond pour elles à une forme de promotion sociale par procuration.

Les voisins : des aidants de proximité

Les voisins occupent une place de protecteurs au quotidien, de par leur proximité résidentielle. Leur présence et leurs passages rassurent la personne et sa famille. Ils sont vecteurs de lien social par leurs visites mais aussi par les différents petits services qu'ils rendent à ces femmes (prêts de journaux, de revues, dons de nourriture, courses de proximité). Ils peuvent également accompagner en voiture aux courses, au cimetière ou aux visites médicales. En fonction de leur âge, ils donnent des « coups de main » (changer une ampoule, tondre une pelouse, etc.). Certains accompagnent également lors de démarches administratives, pour acquérir des prestations en espèces ou en services.

Les autres acteurs de cette solidarité

Les amis peuvent inviter à faire des promenades, à manger, ils offrent un soutien moral, notamment téléphonique, mais ne sont pas réellement repérés dans les solidarités financières.

Il arrive aux professionnels de l'aide à domicile de proposer des temps récréatifs ou de l'entraide en dehors de leurs heures de travail. Lorsqu'ils ont l'habitude de les côtoyer, les commerçants peuvent également être arrangeants avec les personnes, leur permettant de différer leur paiement ou en mettant de côté pour eux des produits invendus.

Une réciprocité et une utilité sociale préservées

Nous avons pu observer dans les pratiques des enquêtées que, malgré les solidarités qu'elles reçoivent et l'image de personnes « assistées » que l'on pourrait s'en faire, ces femmes continuent à transmettre et à donner elles-mêmes des choses aux autres. Elles aussi créent du lien social et déploient de la solidarité vers les autres. Elles ne sont pas que des réceptrices passives d'aides mais contribuent, à leur manière, à rendre ce qu'elles ont reçu. Elles peuvent ainsi se priver toute la semaine au niveau de la nourriture pour inviter, parfois, un voisin ou leurs enfants à partager un repas. Elles peuvent aussi garder les petits-enfants, faire des pâtisseries ou des plats qu'elles distribuent à leur proche, fabriquer elles-mêmes des cadeaux pour leur entourage (confection d'une écharpe pour un voisin, d'un canevas pour l'un de leurs petits-enfants, etc.). Certaines de ces activités, comme le tricot ou la couture, les aident à maintenir le lien social présent autour d'elles, puisqu'elles peuvent rendre des services de couture au voisinage ou à la famille. Elles trouvent à travers ces réalisations (que ce soit la couture ou le tricot, par exemple) un moyen pour se

faire valoir et surtout pour continuer à exister pour elles-mêmes (se montrer qu'elles sont encore «capable de»), mais également, et peut-être surtout, pour autrui. Autrement dit, la plupart ont à cœur de toujours continuer à donner, pour ne pas rompre le triptyque du don (donner-recevoir-rendre) formulé par Marcel Mauss. À titre d'hypothèse, on pourrait d'ailleurs formuler que la réticence des femmes à solliciter les aides publiques pour être aidées (quelle que soit la nature de cette aide), préférant alors s'en tenir à leur propre réseau d'interconnaissance, serait une manière pour elles de préserver le (dernier) lien qui les unit à leurs proches. En recevant une aide, elles s'engagent à rendre quelque chose et donc à perpétuer un lien.

Conclusion

L'étude du parcours des femmes âgées en situation de pauvreté nous apprend que leur situation économique actuelle s'est progressivement construite au fil de leur existence. L'analyse des trajectoires de vie tend à démontrer une condition partagée de ces femmes, qui ont toutes connu les affres de la Première et de la Seconde Guerre mondiale. Elles ont très tôt connu la faim, le manque et la lutte pour leur survie et celle de leurs proches. Cet épisode de leur histoire a souvent déterminé une attitude qui leur est particulière devant la pauvreté : l'endurance aux épreuves de la vie et le déploiement de ressources propres (débrouillardise) et de stratégies, notamment par la mise en place de solidarités informelles autour d'elles. Cela explique pourquoi ces femmes ne sont pas usagères des dispositifs sociaux ni même particulièrement demandeuses ; elles se sont habituées à ne compter que sur elles-mêmes et sur leur entourage. Elles ont ainsi hérité d'une capacité à réduire leurs besoins au maximum, parfois jusqu'à la négation, et à se satisfaire de peu. Cette génération de femmes est également héritière et victime des modèles sociaux véhiculés par une société ayant une idée très arrêtée sur la place des femmes dans la sphère sociale et familiale. En tant que filles, et ce dès leur plus jeune âge, elles ont été contraintes d'assimiler le sens du sacrifice et de l'abnégation pour subvenir aux besoins de leurs proches. Plus tard, en tant que jeunes adultes, elles se sont vu cantonner à l'éducation de leurs enfants, délaissant de ce fait les opportunités d'engagements professionnels. Celles qui ont travaillé ne connaîtront d'ailleurs que des conditions de travail difficiles et faiblement rémunérées, conditions ne leur permettant pas d'obtenir une reconnaissance financière lors de leur passage à la retraite. Tous ces éléments concourent à souligner le poids des modèles sociaux sur la paupérisation de cette génération de femmes et à montrer l'impuissance des dispositifs d'assistance, jugés trop «éloignés» et trop complexes, à les aider. On ne peut pas, en effet, répondre aux situations de pauvreté des femmes à la retraite par une unique réforme de la politique des retraites. Il est aussi important de s'interroger sur la vieillesse que nous préparons pour les femmes tout au long de leur parcours de vie et sur la possibilité de mettre en œuvre des dispositifs adaptés aux besoins locaux, au plus près des situations de vie rencontrées par chacune.

Références

- AUGRIS N., BAC C., 2008, «Évolution de la pauvreté des personnes âgées et minimum vieillesse», *Retraite et Société*, n° 56.
- AUGRIS N., 2008, «Les allocataires du minimum vieillesse», *Études et Résultats*, n° 631, avril.
- CAMBOIS E., 2004, «Les personnes en situation sociale difficile et leur santé», *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris, ONPES, La Documentation française.
- CAMPÉON A., 2009, «L'expérience de la solitude chez les personnes âgées», III^e Congrès de l'Association française de sociologie, RTF 7, université Paris-Diderot.
- CARDON P., GOJARD S., 2006, «Vieillesse et alimentation: les effets de la délégation des approvisionnements», Actes du II^e Congrès de l'Association française de sociologie, RTF 7.
- CHAUVIN K., 2002, «Aides et soins à domicile. Étude sur la réception et l'utilisation du dispositif par les usagers», étude du CODEM Nord-Ouest de Rennes.
- CLÉMENT S., MANTOVANI J., 1999, «Les déprises en fin de parcours de vie», *Gérontologie et Société*, n° 90.
- COLLECTIF COMBATTRE LA SOLITUDE DES PERSONNES ÂGÉES, 2006, *Enquête Isolement et vie relationnelle*, septembre.
- CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES, 2007, «Le niveau de vie des veuves et des divorcées», *Document de travail*, n° 5, juin.
- DAVID M.-G. et STARZEC C., 1996, «Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans», *INSEE Première*, n° 447.
- FONDATION ABBÉ-PIERRE, 2009, «L'état du mal-logement en France», Rapport annuel.
- HAUT COMITÉ DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1962, «Politique de la vieillesse», Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, Paris, La Documentation française, p. 1.
- MINODIER C., RIEG C., 2004, «Le patrimoine immobilier des retraités», *INSEE Première*, n° 984.

La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel.

Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France

Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris),
Erwan Le Méner (ISP-ENS Cachan, Observatoire du Samusocial de Paris)
et Pierre Chauvin (INSERM-UMRS 707).

L'ENQUÊTE SAMENTA, menée en 2009 auprès d'un échantillon aléatoire des personnes sans logement en Île-de-France, étudie la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions.

Chaque personne était interviewée par un enquêteur professionnel et un psychologue clinicien ; un psychiatre pouvait être sollicité ultérieurement en présence d'éléments cliniques pour porter ou non un diagnostic.

Il apparaît qu'un tiers de la population est atteint par un trouble sévère (psychotique, dépressif majeur, ou anxieux). Une proportion semblable présente une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives. Mais on compte relativement plus d'abstinents complets qu'en population générale.

Les prévalences contredisent donc des estimations alarmistes, mais dessinent des motifs d'inquiétude. Elles confirment notamment le poids des troubles psychotiques, et un faible maintien dans le soin.

De même, la distribution inégale de ces pathologies au sein des différents types d'hébergement interpelle. Les troubles les plus sévères sont plus fréquents dans les dispositifs à bas seuil où leur détection et l'orientation vers les soins ne sont pas favorisées.

Depuis une vingtaine d'années, la santé mentale des personnes sans domicile est devenue un enjeu de premier plan pour les acteurs de terrain. Face à des situations problématiques, notamment sur le « front » de l'intervention sociale, un vocabulaire « psy » est venu catégoriser des interactions difficiles et mettre en lumière la « souffrance psychique » des personnes rencontrées et des intervenants (Ion *et al.*, 2005 ; Lazarus et Strohl, 1995). Autour des questions de santé mentale et d'exclusion gravite un ensemble d'acteurs, loin de se limiter aux seuls psychiatres.

D'aucuns remarquent et dénoncent la continuité entre le diagnostic humanitaire posé sur les sans-domicile au cours des années 1980, à l'origine de la lutte contre les exclusions, et la « sanitarisation » (Pelchat *et al.*, 2006), la « médicalisation » (Benoist, 2008) ou la « psychiatrisation » (collectif Les Morts de la rue, 2010) du regard et de la prise en charge. La politique d'urgence sociale dont les moyens financiers ne cessent de croître, maintiendrait ce voile sur une question et une population, dont la compréhension ressortit avant tout à des facteurs sociaux (Bruneteaux, 2008).

Étudier la santé mentale des personnes sans logement personnel paraît ainsi à la fois légitime au regard de l'importance prise par cette question récemment, et immédiatement suspect au titre des causes réelles du sans-abrisme¹. L'enquête sur la SAnté MENTale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel – enquête SAMENTA (Laporte *et al.*, 2010) – n'échappe pas à cette conjecture.

Menée depuis 2008 au sein de l'Observatoire du Samusocial de Paris, en collaboration avec l'INSERM, grâce, notamment, au soutien de l'ONPES, cette étude vise à estimer la prévalence de troubles psychiatriques au sein de la population sans logement en Île-de-France afin de donner des appuis quantifiés aux politiques de lutte contre l'exclusion sociale. Près d'un tiers des personnes sans logement franciliennes présentent ainsi un trouble psychiatrique sévère (psychotique, de l'humeur ou anxieux).

Ce seul chiffre peut contribuer à asseoir deux positions extrêmes au sein de l'espace de la lutte contre le sans-abrisme : celle qui considère l'exclusion sociale comme un problème d'abord psychiatrique, dont on peut penser que Declerck a apporté la formulation la plus aboutie (2001) ; celle qui soutient au contraire que le sans-abrisme est un phénomène fondamentalement social, dont les manifestations pathologiques peuvent être le résultat, mais en aucun cas l'explication.

Nous voudrions présenter et discuter les premiers résultats de SAMENTA en essayant de nous tenir à équidistance de ces deux positions. À cette fin, il paraît primordial de restituer le contexte institutionnel et scientifique de l'enquête pour cadrer la réception de résultats qui confirment la surreprésentation de troubles psychiatriques parmi les personnes sans domicile, mais infirment l'assimilation des SDF à des malades mentaux. C'est un tableau plus nuancé qu'il convient de dresser, où la santé mentale résonne avec d'autres questions relatives au sans-abrisme et s'incarne différemment selon les lieux, les moments et les individus.

1. Nous utiliserons par la suite le terme de « sans-abrisme » par commodité de langage, en référence au terme anglais « homelessness », en y attachant une signification plus large que la seule situation d'absence d'abri mais bien, plutôt, d'absence de « chez-soi ».

Le contexte de l'enquête SAMENTA

L'enquête SAMENTA répond à une demande de la préfecture de Paris et de la mairie de Paris visant à mieux connaître la fréquence de la maladie mentale au sein de la population sans domicile francilienne. Elle fait suite à divers événements et rapports qui ont attribué à la maladie mentale une part des échecs de prise en charge, non sans remarquer que les données scientifiques disponibles à ce sujet étaient insuffisantes.

Le contexte institutionnel

L'enquête SAMENTA a démarré début 2008, à la suite des recommandations du rapport Orain et Chambaud (2008), sur la santé mentale des sans-domicile. Ce document souligne que les personnes « atteintes de troubles psychotiques, d'addictions ou qui présentent des troubles somatiques divers [...] mettent en échec les dispositifs existants et, de ce fait, demeurent à la rue ». De telles situations de refus d'aide et d'hébergement interrogent les pouvoirs publics, en particulier, semble-t-il, depuis le mouvement des Enfants de Don Quichotte qui a accru la visibilité d'une « souffrance qu'on ne peut plus cacher », pour reprendre le titre du fameux rapport Lazarus et Strohl (1995) qui mettait en relation directe la souffrance des usagers et celle des intervenants.

Depuis le milieu des années 1990 (Sicot, 2006 ; Fassin, 2006) en effet, des acteurs de terrain, des professionnels de santé mentale et des chercheurs découvrent une souffrance psychique d'origine sociale (Furtos, 1997) qui affecte les personnes les plus vulnérables. Des dispositifs dédiés apparaissent et s'institutionnalisent, à l'instar des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (circulaire DHOS, 2005). De même, le récent rapport Girard, Estecahandy et Chauvin (2010) sur la santé des personnes sans chez-soi préconise la mise en place de programmes de type « *Housing First* », soit l'accès au logement sans transition, mais fortement accompagné, pour des personnes atteintes de graves troubles psychiatriques et passant entre les mailles des filets de l'assistance ordinaire. Les personnes sans logement atteintes de troubles mentaux font ainsi l'objet d'un intérêt particulier, au risque peut-être de focaliser l'attention sur la maladie mentale comme explication de l'exclusion sociale au détriment de ses causes sociales structurelles (crise du logement, chômage et précarisation du travail, durcissement des politiques d'immigration notamment) et de renforcer quelques préjugés tenaces (SDF = fou et/ou alcoolique).

L'étude SAMENTA témoigne de cette mobilisation croissante pour la santé mentale des plus démunis et prend acte des glissements possibles entre une étude épidémiologique et des reconfigurations psychiatriques d'un problème social (Bresson, 2006). De tels débats ont d'ailleurs également animé la recherche américaine sur le sans-abrisme, alors que la maladie mentale devenait de plus en plus visible dans l'espace public (Snow *et al.*, 1986 ; Snow *et al.*, 1988 ; Wright, 1988 ; Hopper, 1988 ; Koegel, 1992).

Au regard des commanditaires de SAMENTA, les difficultés de prise en charge, la désocialisation et la maladie mentale s'expliqueraient et s'entretiendraient

mutuellement. Si l'enquête a pour premier objectif un objectif de santé publique, consistant à estimer les troubles psychiatriques et les addictions auprès des personnes sans domicile d'Île-de-France, elle vise également à mieux saisir les relations entre maladie mentale et exclusion sociale.

Le contexte scientifique

En effet, comme le souligne le rapport Orain-Chambaud, en France, peu de connaissances solides nous renseignent et font consensus sur les rapports entre maladie mentale et exclusion sociale. Des données hospitalières (PMSI, secteur) ou portant sur les patients de consultations gratuites (Chauvin *et al.*, 2002 ; Chauvin et Parizot, 2003 ; Médecins du Monde, 2008) existent bien ici et là, et peuvent fournir des éclairages intéressants. Mais il s'agit de données d'activité – et non d'enquête – concernant des prises en charge plus que des patients, et issues d'établissements de soins, ne représentant pas l'ensemble des lieux fréquentés par la population cible. Elles portent en outre sur des échantillons de petite taille, s'appuient sur des diagnostics généralement peu fiables et souffrent de biais de recrutement qui en obèrent la représentativité (Lovell, 2003).

Néanmoins, quelques enquêtes spécifiques ont été menées sur les lieux de vie de populations précaires (Parizot *et al.*, 2004 ; Chauvin et Parizot, 2005 ; Chauvin et Parizot, 2009) ou sans domicile (Guesdon et Roelandt, 1998 ; Kovess et Mangin-Lazarus, 1999). Ces dernières attestent la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population sans logement, particulièrement dans ses formes sévères, de même que la forte prévalence de consommations à risque et de dépendance à l'alcool et diverses drogues.

Pour autant, leurs estimations nuancent des avis alarmistes et défont l'équation diffuse selon laquelle SDF égale fou et alcoolique. Ces deux enquêtes indiquent, de même, un recours aux soins psychiatriques majoritaire, au cours de la vie, des patients présentant un trouble. Elles écorcent ainsi le préjugé selon lequel les sans-domicile atteints de troubles psychiatriques passent totalement hors des mailles du système de soins. Elles invitent à réfléchir plus attentivement au maintien dans les soins et à la nature des besoins de soins rapportés par les personnes sans logement.

Les travaux précurseurs de Guesdon et Roelandt, ainsi que ceux de Kovess et Mangin-Lazarus, gagnent enfin à être mis en perspective avec des enquêtes conduites par ailleurs. Dans une méta-analyse récente, portant sur 29 études réalisées entre 1979 et 2005 dans des pays développés, Fazel *et al.* (2009) rapportent également de fortes prévalences de troubles psychiatriques sévères et de consommations à risque ou de dépendance à l'alcool et aux drogues. Mais, là encore, les auteurs se gardent de superposer sans-abrisme, maladie mentale et dépendance (tableau 1).

Les études épidémiologiques sur le sujet attestent donc toutes de prévalences élevées des troubles sévères et des addictions parmi les personnes sans domicile. Les méthodes de sélection des populations (randomisée ou non) et les modalités de diagnostic des troubles psychiatriques peuvent influencer les niveaux de prévalence estimés (Fazel *et al.*, 2009). L'utilisation des réponses à une interview psy-

chiatrique standardisée, sans prise en compte d'autres informations recueillies donnant une signification clinique ou passé sans la présence d'un clinicien, amène à une surestimation ou sous-estimation de certains troubles (Lovell, 2000), notamment chez les sans-domicile (North *et al.*, 1997). Nous avons essayé de tenir compte de ces limites pour construire notre dispositif d'enquête.

Tableau 1

Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions (dans les 12 mois) dans les études de Guesdon et Roelandt (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et Fazel *et al.* (2009)

Études	Guesdon et Roelandt (1998)	Kovess et Mangin-Lazarus (1999)	Fazel <i>et al.</i> (2009)
Taille de l'échantillon (n)	270	715	5 684
Lieu	Lille	Paris	États-Unis, Europe, Australie
Outils utilisés	CIDI (-S)	CIDI (-S)	Méta-analyse
Troubles investigués	Prévalence (%)		IC 95 %]
Troubles psychotiques	8,8	16,0*	12,7 [10,2; 15,2]
Troubles dépressifs majeurs	29,0	23,7	11,4 [8,4; 14,4]
Troubles de la personnalité	-	-	23,1 [15,5; 30,8]
Dépendance à l'alcool	9,3	14,9	37,9 [27,8; 48,0]
Consommation drogues	10,4	10,3	24,4 [13,2; 35,6]

* Sur la vie (5,8% sur 6 mois).

La construction du dispositif d'enquête

L'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les sans-domicile est donc une question sensible. Le comité de pilotage scientifique de l'enquête² a eu le souci de ne pas psychiatriser les personnes, sans nier l'importance que peuvent avoir, dans leur trajectoire et mode de vie, la maladie mentale et les addictions. Cette préoccupation s'est traduite de plusieurs façons. D'une part, l'échantillon a été construit de manière à produire des estimations sans biais (encadré 1). D'autre part, nous avons voulu mettre en relation la santé mentale avec d'autres dimensions par un recueil assez large de la situation sanitaire et sociale de l'enquêté : les thèmes du questionnaire (encadré 2) ne portent pas uniquement sur la santé mentale mais traitent aussi des relations (à l'emploi, au logement, à la famille) considérées comme importantes dans les dynamiques d'exclusion et de réinsertion. Enfin, le processus

2. Ce comité de pilotage est composé de F. Beck (statisticien, sociologue), C. Chan Chee (médecin épidémiologiste), P. Chauvin (médecin épidémiologiste), M.-A. Detrez (statisticien), C. Douay (épidémiologiste), J.-M. Firdion (sociologue), M.-J. Guedj (psychiatre), M. Jauffret-Roustide (sociologue), A. Laporte (médecin épidémiologiste), S. Legleye (statisticien), V. Le Masson (médecin épidémiologiste), E. Le Méner (sociologue), Y. Le Strat (statisticien), A. Mercuel (psychiatre) et S. Quesemand-Zucca (psychiatre et psychanalyste).

amenant au diagnostic psychiatrique a été conçu de sorte à obtenir une mesure aussi fiable que possible, étant donné les conditions d'enquête.

Encadré 1

Population d'étude et échantillon

La population d'étude correspond à la population sans domicile fixe telle que définie dans le cadre de l'enquête de l'INSEE de 2001 (Brousse, 2006), c'est-à-dire des personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

Le choix de réaliser une enquête en population pour éviter les biais de recrutement liés à une prise en charge médicale ou psychiatrique nous a amenés à contacter les personnes sur leurs lieux de vie, c'est-à-dire par l'intermédiaire des services d'aide qu'elles fréquentent (centres d'hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale, centres maternels, hôtels sociaux, centres d'accueil de jour, points de distribution de repas chauds).

Notons que toutes les personnes interrogées sont majeures, francophones, et en état de comprendre et de répondre aux questions.

L'échantillon exclut ainsi les demandeurs d'asile, ou du statut de réfugié, pris en charge dans un dispositif dédié, les femmes victimes de violence et hébergées dans un centre *ad hoc*, ainsi que les mineurs et les non-francophones.

La méthode d'échantillonnage consiste en un tirage aléatoire des personnes à partir d'un plan de sondage complexe à trois degrés (des structures selon leur taille, des jours d'enquête, des personnes dans les structures sélectionnées). L'échantillon est pondéré en tenant compte des différences d'intensité de fréquentation des services en utilisant la méthode du partage des poids (Ardilly et Le Blanc, 2001).

L'enquête s'est déroulée du 16 février au 6 avril 2009, 859 entretiens ont été réalisés et 840 retenus pour l'analyse. Le taux de réponse est de 71 %. L'estimation de la population ayant fréquenté les structures pendant une semaine moyenne de la période d'enquête s'élève à 21176 personnes [IC₉₅ % : 17582 ; 24770].

Ce dernier point est fondamental pour répondre aux critiques faites à l'épidémiologie psychiatrique quand il s'agit de rendre compte de la distribution des troubles mentaux au sein de la population sans domicile (Bresson, 2003). Nous nous sommes inspirés du « design » d'enquête proposé par Falissard *et al.* dans son étude de la santé mentale chez les détenus (2006). Pour compenser les défauts de l'utilisation d'un outil standardisé – le MINI³ – dans le contexte du milieu carcéral, celui-ci avait fait appel à deux cliniciens (un psychiatre et un psychologue) pour recueillir les informations.

Dans SAMENTA, nous avons utilisé le MINI comme outil diagnostique standardisé, passé en face à face par un enquêteur professionnel en présence d'un psychologue clinicien. À l'issue de la passation du questionnaire, le psychologue ayant observé l'interaction enquêteur/enquêté réalisait un entretien clinique ouvert, de

3. Mini International Neuropsychiatric Interview.

façon à étayer un éventuel diagnostic. La durée totale de l'interview était d'une heure en moyenne. Lorsque le MINI concluait à la présence d'un trouble ou lorsque le psychologue avait noté des éléments cliniques, ce dernier «débrieft» le cas, après coup, en l'absence de l'enquêté et de l'enquêteur, avec un psychiatre. Ce dernier portait un éventuel diagnostic, codé à l'aide de la 10^e classification internationale des maladies – CIM10 (OMS, 1992) (tableau 2).

Ce dispositif d'enquête a été testé afin de vérifier la possibilité de produire un diagnostic psychiatrique valide (qui pouvait être l'absence de troubles). Il s'est avéré que ce dispositif d'enquête pouvait permettre d'atteindre les objectifs d'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel (Laporte *et al.*, 2010).

Tableau 2

Le déroulement de l'enquête : du tirage au sort de l'enquêté à un éventuel diagnostic

	Enquêteur professionnel	Enquêteur psychologue	Psychiatre coteur
En présence de l'enquêté	Tirage au sort de la personne à enquêter		
	Présentation de l'étude à l'enquêté		
	Passation du questionnaire		
	<i>Dont</i> MINI		
		Entretien clinique ouvert	
	Remerciements et remise du ticket service		
	Appréciation commune sur le déroulement de l'entretien		
Sans l'enquêté		Compte rendu clinique 15 lignes une réponse positive au MINI OU des éléments cliniques : ▶ prise de RV avec un psychiatre	
		«Débriefting»	
		et cotation ou non d'un trouble psychiatrique selon la CIM10	

Sources : Laporte *et al.*, 2010, p. 49.

En définitive, le mode de recrutement de la population (encadré 1), la variété des thèmes abordés dans le questionnaire et le dispositif d'enquête (enquêteur/psychologue/psychiatre) sont autant d'ajustements méthodologiques visant à produire des estimations les plus précises possible des troubles mentaux chez les personnes sans logement personnel. La construction de l'enquête traduit un véritable souci de ne pas surestimer, isoler et amalgamer les troubles psychiatriques et les addictions au sein de la population sans domicile.

Encadré 2

Thèmes du questionnaire

Le questionnaire a porté sur la situation sociale actuelle et passée de l'enquêté, son état sanitaire et ses conditions de vie au moment de l'étude. Ces questions sont importantes pour considérer les rapports entre conditions de vie et trajectoire sociale, et santé mentale et addictions. Les items des différents modules ont été repris de questionnaires existants, en particulier de l'enquête de 2001 de l'INSEE sur les sans-domicile pour toutes les données sociales et de trajectoires, de la cohorte SIRS⁴ de l'INSERM (2005-2010) pour les données médicales et de réseau social, du Baromètre santé de l'INPES pour les questions notamment d'addictions et de violence.

Les différents modules sont: Caractéristiques sociodémographiques; Antécédents personnels et familiaux; Période d'itinérance; Hébergement; Santé ressentie et recours aux soins; MMSE (*Mini Mental Status Examination*); MINI; Recours aux soins psychiatriques au cours de la vie et actuel; Évaluation des addictions (alcool, drogues, médicaments) et des modalités d'usage dans la rue; Tabac; Situation et expérience professionnelle; Couverture et prestations sociales; Violence subie au cours des douze derniers mois; Réseau social; Entretien clinique ouvert (compte rendu clinique, 10-15 lignes).

Un tiers des SDF souffrent de troubles psychiatriques sévères, un cinquième présente au moins une addiction : qu'est-ce à dire ?

Parmi les 21 176 personnes franciliennes sans logement personnel, près d'un tiers présente un trouble psychiatrique sévère, très invalidant pour certains. C'est bien davantage qu'en population générale, mais l'interprétation de ce chiffre est loin d'être univoque. Qui sont donc les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions ? Les troubles psychiatriques se distribuent-ils uniformément dans la population d'étude ? Est-il possible de repérer des associations significatives entre troubles ou addictions, et des variables sociodémographiques ? Si tel est le cas, les associations sont-elles semblables à celles connues en population générale, et comment évaluer l'effet propre du fait de vivre sans domicile ? Nous abordons ces questions en nous intéressant aux troubles sévères, puis aux addictions. Enfin, en nous concentrant sur la prévalence des violences subies, nous essayons d'illustrer les effets de la maladie mentale et du sans-abrisme, qui se combinent et se renforcent pour définir des conditions d'existence particulièrement difficiles pour les personnes sans logement, atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions.

Les troubles psychiatriques sévères sont globalement surreprésentés

L'enquête permet d'estimer à 6 667 le nombre de personnes franciliennes sans logement personnel atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère, cor-

4. La cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) est une enquête socio-épidémiologique longitudinale auprès d'un échantillon représentatif de Paris et de la petite couronne. <http://www.programme-sirs.org/>

respondant à 31,5% de la population estimée. Soulignons d'emblée que cette catégorie recouvre des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux (tableau 3) et qu'il convient immédiatement de la décomposer.

Nous estimons ainsi sur douze mois à 13,2% la part d'individus atteints de troubles psychotiques (8,4% de la population souffrant de schizophrénie). Ces résultats ne sont pas significativement différents de ceux obtenus par Kovess et Mangin-Lazarus. À titre de comparaison, en population générale, 2% des personnes présentent un trouble d'allure psychotique sur la vie entière (Bellamy *et al.*, 2004). D'une étude à l'autre, les prévalences de troubles psychotiques apparaissent relativement stables et sont 8 à 10 fois supérieures chez les sans-domicile, comparées à la population générale (tableau 3).

Une rupture sociale⁵ constitue un risque important pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères (en particulier de schizophrénie et troubles bipolaires) de devenir sans-domicile, plus élevé que pour les personnes non atteintes de troubles mentaux. Une étude auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères⁶ aux États-Unis donne une prévalence de 15% de personnes s'étant retrouvées sans logement au moins une fois dans les douze derniers mois et de 20% chez les personnes atteintes de schizophrénie (Folsom *et al.*, 2005). Ces dernières présentent un risque deux fois plus élevé de se retrouver sans logement que les personnes atteintes d'autres troubles psychiatriques sévères. Les facteurs associés à ce risque, en dehors de la couverture médicale, sont une comorbidité avec les addictions.

Dans notre enquête, les troubles sévères de l'humeur (essentiellement des épisodes dépressifs majeurs) touchent 6,5% (4,5% pour les troubles dépressifs majeurs) de la population (tableau 3). Ces résultats ne diffèrent pas significativement de ceux de Kovess et Mangin-Lazarus. Ils marquent un écart moins important avec la population générale que pour les troubles psychotiques. D'après le Baromètre santé 2005, en effet, 3,2% des Français âgés de 15 à 75 ans ont connu un épisode dépressif sévère au cours des douze derniers mois (Morvan *et al.*, 2007 ; Briffault *et al.*, 2008).

Les troubles anxieux touchent 12,2% de la population. Parmi les plus fréquents, on retrouve le stress post-traumatique (4,2%) et l'anxiété généralisée (4,0%)⁷. Cette catégorie de troubles ne fait généralement pas partie des troubles sévères décrits dans la littérature, au contraire des deux précédents. Nous avons choisi de les intégrer pour décrire les particularités cliniques de cette population et parce qu'ils sont, eux aussi, assez invalidants. L'enquête en population générale ANADEP retrouve une prévalence de 5,1% pour l'anxiété généralisée *au cours de la vie*, ce qui est proche des données de SAMENTA, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (6,8% contre 3,2% chez les hommes) (Sapinho *et al.*, 2009). Dans SAMENTA également, les femmes ont significativement plus souvent de troubles

5. Au sens de perte de logement, d'emploi ou de lien avec son entourage.

6. Schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur.

7. Les troubles de l'adaptation représentent 2,1% des troubles anxieux repérés.

anxieux que les hommes (21,0% contre 7,5%). Le stress post-traumatique est plus souvent repéré chez les personnes sans logement nées à l'étranger (6,2%) que chez celles nées en France (1,1%). Nous n'avons pas d'estimation en population générale.

Si près d'un tiers des personnes sans logement personnel présentent donc un trouble psychiatrique sévère, c'est la part de troubles psychotiques qui détonne le plus par rapport à la distribution de la maladie mentale en population générale. L'analyse approfondie des données de SAMENTA permettra peut-être de confirmer l'hypothèse d'une vulnérabilité accrue par rapport au sans-abrisme des personnes atteintes de troubles psychotiques, observée par ailleurs (Folsom *et al.*, 2005; Bebbington *et al.*, 2005). Cette vulnérabilité doit être pensée comme multidimensionnelle; elle ne désigne pas qu'un état interne mais se traduit aussi par des difficultés accrues à conserver un emploi ou à se maintenir dans un logement.

Tableau 3

Prévalences (%) dans les douze mois des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées

	Études						
	ESEMeD (2000)	ANAEP (2005)	Baromètre santé (2005)	Kovess et Mangin-Lazarus (1996)	SAMENTA (2009)	Fazel (1979-2005)	Falissard (2004)
Type de population	Population générale	Population générale	Population générale	Population SDF	Population SDF	Population SDF	Population incarcérée
Taille de l'échantillon, n	2 894	6 498	16 883	715	840	5 684	800
Lieu	France	France	France	Paris	Île-de-France	Monde	France
Outils utilisés	CIDI	CIDI-S	CIDI-S	CIDI-S	MINI	Méta-analyse	MINI
Troubles psychotiques				16,0 *	13,2	12,7	17,0
Troubles dépressifs majeurs	6,7	5,0	3,2	23,7	20,3	11,4	24,0
Anxiété généralisée	9,8	5,1			4,0		17,7
Troubles dépressifs			4,2		6,0		
Troubles dépressifs moyens et légers			0,4		7,9		
Troubles de la personnalité					21,1	23,1	
Dépendance à l'alcool	0,3	10,3	8,5	14,9	21,0	37,9	11,7
Consommation drogues				10,3	17,5	24,4	14,6
Consommation régulière de cannabis			2,7		16		

*Sur la vie (5,8% sur 6 mois).

Les addictions sont globalement plus fréquentes

Une dépendance ou une consommation à risque d'une substance psychoactive (alcool, drogue, médicament détourné de son usage) peut être considérée comme un facteur favorisant l'engagement dans une « carrière » de sans-domicile (Damon, 2002) et freinant au contraire des aspirations à « s'en sortir » (Michon et Torche, 2007). Comme pour ce qui concerne la maladie mentale, il ne s'agit pas de mettre l'accent sur les facteurs supposés individuels du sans-abrisme, mais plutôt de mettre au jour certaines dimensions du phénomène, amenées à complexifier sa compréhension.

Il apparaît ainsi que 21 % de la population sans logement personnel présentent une dépendance à l'alcool et 17,5 % à une drogue illicite. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de ceux produits par Kovess et Mangin-Lazarus, ni d'ailleurs de ceux de Fazel *et al.* Cependant, ils demeurent plus élevés qu'en population générale. Dans le Baromètre santé 2005, 8,5 % des personnes de 15 à 64 ans peuvent être considérées comme des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance (Legleye et Beck, 2007) et 2,7 % font état d'une consommation régulière de cannabis (contre 16 % dans SAMENTA).

Pour autant, ces prévalences ne concernent pas uniformément la population d'enquête. Ainsi, les hommes présentent plus souvent une dépendance à l'alcool que les femmes (27,3 % contre 9,3 %), comme en population générale, mais de façon plus prononcée parmi les individus sans domicile. Cette observation, qu'il faudrait sensiblement affiner, pourrait signifier la permanence d'une consommation massive d'alcool, notamment parmi les hommes, correspondant le plus aux traits du « clochard ». Quant à l'usage régulier de cannabis, il est, dans SAMENTA comme en population générale mais de façon plus nette encore, plus élevé chez les hommes (21,4 %) que chez les femmes (6,1 %). Il est aussi particulièrement prévalent chez les plus jeunes des enquêtés – les 18-25 ans pour SAMENTA (24,6 %) comme en population générale, mais toujours de façon plus prononcée et tend à diminuer avec l'âge. Ces observations résonnent notamment avec celles d'auteurs qui rattachent les conduites à risque typiques d'adolescents et de jeunes adultes sans domicile à un environnement familial, scolaire et économique qui ne serait plus (assez) vecteur de sens et d'intégration (Chobeaux, 2004). Néanmoins, il n'est pas possible de conclure que de telles consommations expliquent le départ durable du domicile.

Les prévalences sont donc plus élevées qu'en population générale, mais avec des tendances identiques qui forcent à ne pas circonscrire plus qu'à son tour les traits de la population sans logement et à rappeler son hétérogénéité (Pichon, 2000).

Au fond, l'analyse la plus étonnante au sujet des addictions concerne certainement la surreprésentation, au sein de la population sans domicile, par rapport à la population générale, de personnes déclarant ne jamais avoir consommé d'alcool (17,6 % dans SAMENTA contre 8,4 % des 12-75 ans du Baromètre santé 2005). Cette constatation, qui confirme une analyse récente (Beck *et al.* 2006), écorne encore davantage la synecdoque assimilant les personnes sans logement à des alcooliques patentés.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères sont particulièrement victimes de violences

Si les troubles psychiatriques sévères sont loin d'affecter l'ensemble des personnes sans logement personnel, ils renforcent néanmoins la vulnérabilité sociale d'une partie d'entre elles. En termes de trajectoires d'exclusion, cela peut passer par une fragilisation des liens à l'emploi et au logement. Une fois dans la rue, cela se traduit notamment par une victimation accrue. Pour en rendre compte, il semble intéressant, analytiquement, de distinguer deux effets : un effet vie sans domicile et un effet maladie mentale.

D'une part, la population sans logement a été au cours de sa vie davantage victime de violences que la population générale. Ainsi, 40,9% des individus de SAMENTA déclarent avoir subi des violences psychologiques ou morales répétées au cours de leur vie. Parmi les Franciliens interrogés dans l'enquête Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS), seuls 8,4% déclarent avoir déjà enduré de telles violences depuis leurs 18 ans (Chauvin et Parizot, 2009). Par ailleurs, les violences subies dans les douze mois précédant l'enquête demeurent plus nombreuses dans la population d'enquête qu'en population générale, mettant en évidence un « effet vie sans domicile » qui exposerait davantage à la violence. Ainsi, 13,2% des enquêtés de SAMENTA déclarent avoir été victimes d'agression physique dans les douze mois précédant l'enquête, tandis que cette proportion est de 3% en population générale (Cavalin, 2007).

D'autre part, les personnes sans logement et atteintes de troubles psychiatriques sont victimes de violences dans des proportions plus fortes encore, mettant en évidence un « effet maladie mentale ». Ainsi, comme les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères en population générale (Lovell *et al.*, 2008), les personnes sans logement personnel présentant des troubles sévères sont plus souvent victimes d'actes violents que la population sans domicile. La prévalence de victimations violentes sur les douze derniers mois dans SAMENTA est plus élevée pour les personnes atteintes de troubles sévères (26,1%) que pour celles non atteintes de ces troubles (11,5%).

Notre étude ne s'est intéressée qu'à la violence subie, mais on estime par ailleurs (Lovell *et al.*, 2008) que le taux d'actes violents attribuables à des personnes atteintes de troubles sévères se situe entre 2,7 et 10%. Ces observations nuancent considérablement la représentation tenace selon laquelle le « fou » est un être violent (Bellamy *et al.*, 2004). En revanche, une personne atteinte de trouble psychiatrique sévère court de toute évidence, plus qu'une autre, le risque d'être victime d'actes violents.

Le fait de vivre sans logement personnel et d'être atteint d'un trouble psychiatrique sévère constitue donc deux facteurs de risque de subir des violences. Ces analyses méritent évidemment d'être affinées mais permettent d'ores et déjà de battre en brèche la représentation du « SDF fou et dangereux ».

Des motifs d'inquiétude

Comme le soulignaient Snow *et al.* il y a 25 ans, les sans-domicile ne peuvent pas être considérés comme «*drunk, stoned, crazy and stuck*» (1986). Les analyses présentées invitent à défaire nos préjugés. Elles tendent en outre à rapprocher l'explication de la maladie mentale et des addictions au sein de la population sans logement de celle qui peut être produite en population générale. Les fortes prévalences de troubles sévères et d'addictions, estimées à partir d'un dispositif de mesure adapté, ne soutiennent donc pas tant un regard psychiatrisant sur le sans-abrisme que l'incitation à se doter d'outils d'observation, de suivi et d'aide destinés à des personnes particulièrement vulnérables. L'inquiétude qui se dessine au sujet des personnes atteintes de troubles sévères ou d'addictions est, par là même, moins liée à la maladie mentale qu'aux conditions et aux trajectoires sociales dans lesquelles celle-ci est expérimentée.

Force est ainsi de constater la concentration des troubles les plus graves dans les lieux et les dispositifs les plus éloignés du logement – comme si l'effet de sélection des personnes les plus démunies dans les lieux les moins propices à l'insertion était encore plus prononcé pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cette inégale répartition de la maladie mentale dans les dispositifs d'aide rend sans doute compte, au moins en partie, des obstacles à un maintien dans les soins psychiatriques : les personnes faisant état de troubles sévères occupent plus volontiers des espaces peu propices à un suivi.

Sur le plan des trajectoires, des analyses ultérieures tenteront de caractériser des parcours typiques de sans-domicile atteints de troubles psychiatriques. D'ores et déjà, nous pouvons nous intéresser à la situation des jeunes adultes, qui paraît associée à de fortes occurrences de certains troubles psychiatriques et d'addictions, elles-mêmes inscrites dans des biographies tourmentées.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sélectionnées par les dispositifs de bas seuil

Dans la première enquête statistique française importante sur les sans-domicile (Marpsat et Firdion, 2000), C.-H. Soulié montre que l'accès à des prestations d'hébergement ou de logement dépend des ressources des individus (Soulié, 2000). Plus une personne dispose de capitaux économiques, culturels et sociaux, plus elle a de chances d'intégrer un dispositif « haut de gamme » – si l'on veut bien considérer le *continuum* allant du centre d'hébergement d'urgence à l'hospitalité pour le moins limitée, jusqu'aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les plus à même de jeter des passerelles vers le logement autonome. Cette analyse étendue et confirmée par de récents travaux sur les trajectoires d'hébergement des sans-domicile (Peretti, 2006) met en lumière des formes de sélection des usagers par rapport aux prestations.

Dans SAMENTA, la majorité des personnes (52,2%) présentant un trouble psychiatrique sévère a principalement dormi dans un lieu précaire (espace public, centre d'hébergement de stabilisation, centre d'hébergement d'urgence, squat,

connaissance ou famille – par ordre décroissant d'importance). Un lieu précaire est ici défini à l'exclusion des dispositifs d'insertion et des hôtels sociaux.

La situation des personnes atteintes de troubles psychotiques paraît particulièrement préoccupante. La proportion d'usagers de l'urgence sociale⁸ atteints de troubles psychotiques est pratiquement le double (19%) de celle rencontrée dans les autres dispositifs enquêtés (un peu moins de 10%) – hors espace public. On sait également qu'un quart des individus ayant le plus souvent dormi dans l'espace public dans l'année écoulée présente un trouble psychotique (ce chiffre est de 16,7% pour les personnes souffrant de schizophrénie). Il est possible que ces observations indiquent en partie la préférence des individus psychotiques pour l'anonymat de l'urgence sociale et les faibles contraintes, en termes d'insertion, qui y sont imposées. Nous pensons plutôt – avec d'autres auteurs (Girard *et al.*, 2010) – que ces résultats sont, plus souvent, la conséquence des difficultés, pour les personnes les plus vulnérables, de franchir les portes des structures qui favoriseraient leur réinsertion – mais aussi celle, pour les intervenants, d'y retenir ces personnes.

Par ailleurs et en revanche, s'il n'est pas possible d'associer les occurrences de troubles sévères de l'humeur avec un type de dispositif, la prévalence des troubles anxieux est plus élevée dans les hôtels sociaux. Un quart des individus qui y sont rencontrés souffrent de troubles anxieux, contre environ 10% dans les autres dispositifs. Ce résultat doit être mis en regard de la population fréquentant ces hôtels, davantage féminine, immigrée et vivant en famille (c'est-à-dire avec au moins un enfant). Dès lors, l'incertitude du lendemain, notamment quand il s'agit de parents accompagnés d'enfant, mais aussi les expériences vécues lors des trajectoires d'immigration depuis le pays d'origine (notamment pour les déboutés du droit d'asile ou encore les immigrés sans situation régulière de séjour) (Chauvin *et al.*, 2009) peuvent expliquer la fréquence des troubles anxieux qu'on y observe (par exemple, mais pas seulement, celle des syndromes post-traumatiques). Un tel constat s'inscrit dans celui, plus général, de la multiplication et de l'augmentation de la durée des séjours dans ces hôtels sociaux des familles pauvres (et notamment migrantes) (Marpsat, 2008; Laflamme *et al.*, 2009).

Un maintien dans les soins psychiatriques problématique

La concentration de personnes psychotiques dans l'urgence (dont le fonctionnement favorise circulation et l'anonymat) et de personnes anxieuses en hôtel social (où le suivi socio-sanitaire n'est pas institutionnalisé) interroge frontalement les possibilités de recours aux soins et de maintien dans les soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Parmi les personnes présentant un trouble psychiatrique (trouble psychotique, de l'humeur ou anxieux), près de 7 sur 10 ont eu, au cours de leur vie, recours à des soins pour des raisons de santé mentale, une proportion semblable à celle trouvée par Kovess et Mangin-Lazarus. Ce n'est donc pas tant l'accès aux soins psychiatriques qui apparaît problématique que le maintien dans les soins.

8. Centres d'hébergement d'urgence ou de stabilisation, accueils de jour, points de distribution de repas chauds.

En effet, 7 personnes sur 10 atteintes de troubles sévères, déjà suivies au cours de leur vie, ne sont plus suivies au moment de l'enquête. Cette rupture de suivi (dont nous ne savons pas si elle est intervenue avant ou après le premier épisode sans domicile) est moindre chez les personnes souffrant de troubles psychotiques (41,8%) que chez celles souffrant de troubles de l'humeur (81,8%) ou anxieux (88,5%). La moitié d'entre elles a déjà, au cours de la vie, cessé un traitement prescrit. Ces chiffres peuvent être lus dans le sens d'une « errance médicale » des personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques, remarquée dans d'autres endroits (Bonin *et al.*, 2009). En réalité, cette mauvaise observance chez les personnes sans logement semble proche de celle de la « population psychiatrique » générale (Corruble et Hardy, 2003), en termes de fréquence et quant aux motifs d'arrêt, qui n'étaient pas dans notre étude « liés à la rue »⁹.

De même, il faut souligner un faible taux de suivi déclaré : seules 18,2% des personnes ayant un trouble psychotique, dépressif ou anxieux déclarent être en cours de soins pour un motif de santé mentale au moment de l'enquête. Ce taux est le plus important pour les personnes atteintes de troubles psychotiques (37,7%) et le plus faible pour celles atteintes de troubles anxieux (8,4%).

Faut-il interpréter ces taux comme un défaut de prise en charge ? Parler de défaut de prise en charge, c'est implicitement dire que des soins auraient dû être donnés, et, partant, qu'un besoin de soins n'a pas été satisfait. Or, « toutes les personnes qui présentent un problème de santé mentale n'ont pas forcément besoin de soins » (Kovess, 2007). Des études plus poussées seront donc nécessaires pour mieux comprendre ce qui, dans l'absence de recours aux soins, revient, d'une part, à un défaut de perception d'un besoin réel, d'autre part, à des problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de soins, enfin à d'authentiques difficultés dans l'accès aux soins, liées notamment aux conditions de vie et aux expériences vécues des personnes sans logement personnel. Cependant, les taux de suivi observés dans SAMENTA ne peuvent qu'alerter sur la situation des personnes atteintes de troubles psychotiques, dépressifs ou anxieux : leur faiblesse est telle (y compris pour des troubles sévères) qu'elle ne peut sans doute pas être expliquée uniquement par l'absence d'un besoin ressenti ou médical de soins.

De fait, l'inquiétude concernant le suivi de santé mentale de la population d'étude se redouble spécifiquement auprès de deux catégories caractéristiques de personnes : celles pour lesquelles un diagnostic de trouble sévère a été posé et qui n'ont jamais eu de recours aux soins (soit 22,9% de la population atteinte de troubles sévères) et celles qui, en rupture de soins, sont hébergées dans des dispositifs qui tendent à les tenir à l'écart des soins (les dispositifs d'urgence sociale, les hôtels sociaux).

9. Les principales raisons : ne pas en avoir besoin (26,8%), inefficacité du traitement (24,1%), forte contrainte (19,5%), effets secondaires (18,1%). Moins de 1% ont évoqué des problèmes financiers, un problème de vol ou le risque d'être vu. Les personnes déclaraient avoir repris leur traitement dans 40,9% des cas, parce qu'elles « se sentaient trop mal » (95,9% d'entre elles).

La situation des 18-25 ans

À la demande du Haut Commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la Jeunesse, un intérêt particulier a été marqué pour les jeunes adultes (18-25 ans) sans logement personnel. D'une façon générale, la situation des jeunes sans domicile a fait l'objet d'assez peu de travaux en France, en comparaison de la littérature, anglo-saxonne en particulier, dont Firdion a fait la revue il y a quelques années (2000). Celle-ci met en lumière l'origine modeste de ces «jeunes SDF», le délitement de leurs liens familiaux, au fil d'événements de vie douloureux, notamment d'épisodes de placement. Vivre sans domicile est une forme d'expérimentation parfois vécue sur le mode de la revendication, déployant en tout cas des aspirations à vivre autrement. Le groupe peut tenir une place importante, la mobilité être également valorisée, et vivre à la marge pouvoir paraître davantage assumé que pour la population sans domicile en général, qui fait image de repoussoir. Soulignons néanmoins que le mode de vie du «zonard» (Chobeaux, 2004) ne recouvre pas l'hétérogénéité des modes de vie des jeunes sans domicile. Des conduites dites à risque, comme la consommation d'alcool et de drogues diverses, caractérisent enfin un mode de vie volontiers pensé comme une parenthèse. Nous avons cherché à caractériser les parcours et les modes de vie des 18-25 ans, en référence notamment à l'enquête de l'INED de 1998 (Marsat *et al.*, 2000) et aux analyses issues de SD 2001 (Firdion, 2006). Nous nous concentrons ici sur l'examen de la santé mentale des 18-25 ans.

En effet, peu d'évolutions sont notables par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des jeunes sans domicile ou précaires étudiés par l'INED en 1998. La fréquence d'événements de vie marquants durant la vie chez les parents ou en institution continue d'interpeller et de mettre au premier plan des événements possiblement traumatisants, pouvant être à l'origine de l'érosion du lien familial¹⁰.

La différence la plus remarquable, entre les 18-25 ans de l'enquête de 1998 et ceux de SAMENTA, réside dans l'état de santé ressenti, qu'il soit général ou psychologique. Les jeunes de SAMENTA se sentent en moins bonne santé que leurs prédécesseurs. Au premier rang des maladies chroniques citées se trouve le trouble psychique alors que la maladie psychique était au troisième rang des maladies chroniques il y a dix ans. La santé mentale deviendrait donc un enjeu de santé plus important pour les personnes elles-mêmes.

Ainsi, 39,7% des 18-25 ans présentent un trouble psychiatrique sévère, proportion plus élevée que dans la population totale de l'enquête. De même, 16,5% souffrent de schizophrénie.

La part des 18-25 ans atteints de troubles dépressifs majeurs (20,1%) ne diffère pas significativement de celle retrouvée dans la population de l'enquête, mais est cinq fois plus importante que chez les 16-25 ans en population générale de l'en-

10. On note que 44,5% des 18-25 ans ont été confrontés à de graves disputes des parents, 41,1% à de graves problèmes de santé des parents, 29% à des problèmes d'alcool ou de drogues des parents, 25% à des graves problèmes de logement des parents. Plus d'un quart a connu un placement temporaire (26,0%) ou a été suivi par un juge des enfants (26,9%) – alors que 15,7% ont déjà fait l'objet d'un placement long dans une famille d'accueil, une institution ou un foyer.

quête ANADEP (Sapinho *et al.*, 2009). Comme chez ces derniers, les femmes sont plus touchées que les hommes (27 % contre 16,4 % dans SAMENTA ; 6,3 % contre 1,4 % dans ANADEP).

Plus d'un tiers (37,6 %) des 18-25 ans sans logement présentent également une addiction. C'est plus que dans la population d'enquête (28,5 %). Si un jeune sur cinq apparaît dépendant à l'alcool comme dans la population d'enquête dans son ensemble, la prévalence d'une consommation d'alcool à risque de dépendance est significativement plus élevée chez les 18-25 ans (18,6 %) que dans le reste de la population sans logement (7,9 %). La consommation régulière de cannabis y est également plus fréquente (24,5 % comparé à 16 %). Au total, les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel consomment plus d'alcool, de cannabis et d'autres drogues (cocaïne, poppers, etc.) que la population générale du même âge (Baromètre santé 2005). En effet, les jeunes de 18-25 ans en population générale sont 9 % à être des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance (AUDIT-C) alors qu'ils sont 20,5 % dans SAMENTA à être dépendants à l'alcool (AUDIT). Pour le cannabis, 8,7 % des jeunes en population générale en consomment régulièrement comparé à 24,6 % dans SAMENTA. Un usage quotidien de tabac concerne plus de la moitié (53,3 %) des jeunes dans SAMENTA contre 36,2 % des jeunes de la population générale.

Les comorbidités importantes entre dépendance à l'alcool ou consommation régulière de cannabis et troubles psychotiques (autour de 44 % dans les deux cas), d'une part, et troubles de la personnalité (23,9 % et 34,5 %), d'autre part, renforcent l'inquiétude concernant la santé mentale des jeunes sans domicile. La surreprésentation des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-25 ans sans logement personnel (28,1 %¹¹) par rapport à la population générale (2,1 % selon le Baromètre santé 2005) soutient cette inquiétude et invite à examiner attentivement les parcours sociaux des 18-25 ans.

Les événements douloureux qui jalonnent les histoires familiales de ces jeunes sans domicile – et qui les distinguent des jeunes en général – et des sans-domicile en général doivent compter dans l'explication des différences entre ces deux groupes, en termes de santé mentale et d'addictions. Ils révéleraient, en creux, le poids des liens familiaux dans le processus d'exclusion des jeunes sans domicile, par ailleurs en situation moins favorable par rapport à l'éducation, à l'emploi et au logement que les jeunes « insérés ».

Conclusion : des rapports complexes entre les processus d'exclusion, la santé mentale et les populations sans logement personnel

Toutes les personnes sans logement personnel en Île-de-France sont loin de présenter un trouble psychiatrique sévère ou une addiction bien que les prévalences observées soient globalement plus élevées qu'en population générale. Cette cons-

11. Contre 21,8 % dans l'ensemble de la population enquêtée.

tation invite à ne pas dissocier l'étude de la maladie mentale parmi les sans-domicile de celle des processus d'exclusion qui ne dépendent pas seulement de questions de santé mentale. Toutefois, si l'exclusion est un processus multidimensionnel, cumulatif, et séquentiel (Paugam, 1996), son analyse ne peut pas faire l'économie d'un examen plus poussé des relations entre la dégradation des rapports au logement et à l'emploi, le recours à l'assistance (tous deux caractéristiques de la « carrière » sans domicile) et l'expérience de troubles psychiatriques.

À ce titre, il paraît légitime d'interroger spécialement la population sans logement présentant des troubles psychiatriques et des addictions. Cette légitimité peut être envisagée à trois niveaux (Firdion *et al.*, 1995). Au plan scientifique, il s'agit de ne pas manquer d'interroger (et ainsi d'exclure par défaut) la santé mentale et les addictions, qui sont, comme nous l'avons vu, peu étudiées et difficilement mesurables. Au plan démocratique, il s'agit de rendre visible une forme d'expérience du sans-abrisme qui redouble certaines épreuves typiques de la maladie mentale (on pense aux violences subies). Au plan humain, interroger la santé mentale peut offrir à certains enquêtés un espace de parole et de réflexivité en dehors de l'espace institutionnel du social et des soins.

Dans cette perspective, étudier la maladie mentale et les addictions, loin de s'adosser à une vision psychiatisante de l'exclusion, permet au contraire de différencier et d'enrichir notre connaissance de la santé mentale et de son corollaire, la souffrance psychique (Ehrenberg, 2004).

La diffusion et la prégnance d'un vocabulaire « psy » dans le social signifient-elles alors l'hégémonie d'une lecture clinique (sanitaire, psychologique, médicale ou psychiatrique, selon les versions) du social ? Ne relèveraient-elles pas plutôt de l'émergence et de la consolidation de nouveaux enjeux, attendant aux transformations du modèle de socialisation républicain (Ravon, 2005), voire à la reconfiguration historique de l'individu comme sujet autonome (Ehrenberg, 2005) ? Dans cette seconde voie, enquêter sur la santé mentale des plus démunis permet au moins de ne pas redoubler l'invisibilité et le silence jetés sur ces personnes.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes sans logement qui ont participé à l'enquête ainsi que les équipes qui nous ont accueillis dans les structures.

Nous remercions aussi les financeurs : le Haut Commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la Jeunesse, l'Institut de veille sanitaire, la Direction générale de la santé, la région Île-de-France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, la mairie de Paris.

Références

- ARDILLY P. et LE BLANC D., 2001, «Échantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans domicile: un exemple français», *Technique d'enquête* 27, n° 1: 117-127.
- BEBBINGTON P. E., ANGERMEYER M., AZORIN J.M., BRUGHA T., KILIAN R., JOHNSON S. *et al.*, 2005, «The European schizophrenia cohort (EuroSC). A naturalistic prognostic and economic study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 707-717.
- BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., 2006, «L'alcoolisation des personnes sans domicile: remise en cause d'un stéréotype», *Économie et Statistique*, n° 391-392: 131-149.
- BELLAMY V., ROELANDT J.-L., et CARIA A., 2004, «Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale», *Études et Résultats*, n° 347, DREES.
- BENOIST Y., 2008, *Les Sans-Logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, Terrains, récits et fictions, L'Harmattan.
- BONIN J.-P., FOURNIER L., BLAIS R., PERRAULT M., et DJAWN WHITE J., 2009, «Health and Mental Care Utilization by Clients of Resources for Homeless Persons in Quebec City and Montreal, Canada: a 5-year Follow-up Study», *The Journal of Behavioural Health Services & Research*, n° 95-110.
- BRESSON M., 2003, «Le lien entre santé mentale et précarité sociale: une fausse évidence», *Cahiers internationaux de sociologie* 115:311-326.
- BRESSON M., 2006, *La Psychologisation de l'intervention sociale: mythes et réalité*, L'Harmattan.
- BRIFFAULT X., MORVAN Y., GUILBERT P. et BECK F., 2008, «Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 35-36: 318-321.
- BROUSSE C., 2006, «Définition de la population sans domicile et choix de la méthode d'enquête», *INSEE, Méthodes*, n° 116, partie 1.
- BRUNETEAUX P., 2008, «La lutte contre la "grande pauvreté": un marché?», *Regards croisés sur l'économie* 2, n° 4: 223-233.
- CAVALIN C., 2007, «Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé», *Études et Résultats*, n° 598, DREES.
- CHAUVIN P. and THE EUROPROMED WORKING GROUP, 2002, *Prevention and Health Promotion for the Excluded and Destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2009, *Les Inégalités sociales et territoriales de santé dans l'Île-de-France, une analyse de la cohorte SIRS*, Paris, Éditions de la DIV.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2003, «Le recours aux soins des personnes en situation précaire: une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne», *Revue d'épidémiologie et de santé publique* n° 51: 577-588.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Éditions INSERM.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., SIMONNOT N., 2009, *Access to Healthcare for the Undocumented Migrants in 11 European Countries*, Médecins du Monde, European Observatory on Access to Healthcare.
- CHOBEAUX F., 2004, *Les Nomades du vide. Des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, La Découverte.
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

- COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE, 2010, « Rue, urgence, maladie, exclusion: comment en sortir ? », Médiapart, 17 février. Consultable à l'adresse : <http://www.mediapart.fr/club/edition/vivre-la-rue-tue/article/170210/rue-urgence-maladie-exclusion-comment-en-sortir>, 2010.
- CORRUBLE E. et HARDY P., 2003, « L'observance du traitement en psychiatrie », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Elsevier.
- DAMON J., 2002, *La Question SDF. Critique d'une action publique*, coll. « Lien social », PUF.
- DECLERCK P., 2001, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, coll. « Terre Humaine », Plon.
- EHRENBERG A., 2004, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, n° 133-156.
- EHRENBERG A., 2005, « Agir de soi-même », *Esprit*, n° 200-209.
- FALISSARD B., LOZE J.-Y. et GASQUET I., 2006, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry* 6:33.
- FASSIN D., 2006, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, n° 19: 137-157.
- FAZEL S., KHOSLA V., DOLL H. et GEDDES J., 2009, « The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis », *PLoS Medicine* 5, n° 12:1670-1680.
- FIRDION J.-M., 2000, « Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile », *Recherches et Prévisions*, n° 60.
- FIRDION J.-M., 2006, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et Statistique*, n° 391-392: 85-114.
- FIRDION J.-M., MARPSAT M., BOZON M., 1995, « Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ? Une question éthique et scientifique », *Revue française des affaires sociales*, no° 2-3, 29-51.
- FOLSOM D.P., HAWTHORNE W., LINDAMER L., GILMER T., BAILEY A., GOLSHAN S. *et al.*, 2005, « Prevalence and risk factor for homelessness and utilization of mental health services among 10340 patients with serious mental illness in a large public mental health system », *American Journal of Psychiatry* 162(2) :370-376.
- FURTOS J. (dir.), 1997, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, Lyon, ORSPERE/École Rockefeller.
- GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P., 2010, « La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », Rapport à la ministre de la Santé et des Sports, La Documentation française.
- GUESDON I., ROELANDT J.-L., 1998, « Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe », *L'Information psychiatrique*, n° 4: 343-357.
- HOPPER K., 1988, « More than Passing Strange: Homelessness and Mental Illness in New York City », *American Ethnologist*, n° 15:155-167.
- ION J., GIULIAN F., LAVAL C., PICHON P., POMMIER J.-B. et RAVON B., 2005, *Travail social et « souffrance psychique »*, Dunod.
- KOEGEL P., 1992, « Through a Different Lens: An Anthropological Perspective on the Homeless Mentally Ill », *Culture, Medecine and Psychiatry*, n° 1-22.
- KOVES V., 2007, « Évaluation du besoin de soin en psychiatrie », *Manuel de psychiatrie*, Guelfy J.-D. et Rouillon F. (éd.), Masson.

- KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C., 1999, « The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 34:580-587.
- LAFHAMME V., MARPSAT M. et QUAGLIA M., 2009, « L'hôtel: un hébergement d'urgence devenu durable. Étude comparée des trajectoires des personnes logées dans les hôtels bon marché - Paris-Lille », *Document de travail*, INED.
- LAPORTE A., DOUAY C., DETREZ M.-A., LE MASSON V., LE MÉNER E., CHAUVIN P., 2010, « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Observatoire du Samusocial de Paris et INSERM (UPMC, UMRS-707). <http://www.samusocial-75.fr/enquete-samenta.html>
- LAZARUS A., STROHL H., 1995, « Souffrance qu'on ne peut plus cacher », Rapport du groupe de travail « Ville santé mentale, précarité et exclusion sociale », remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, La Documentation française.
- LEGLYE S. et BECK F., 2007, « Alcool: une baisse sensible des niveaux de consommation », *Baromètre santé 2005: Attitudes et comportements de santé*, 168-221, INPES.
- LOVELL A., 2000, « Les troubles mentaux », *Les Inégalités sociales de santé*, édité par Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et Lang T., La Découverte.
- LOVELL A., 2003, « Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale », Rapport à l'Institut de veille sanitaire.
- LOVELL A., COOK J. et VELPRY L., 2008, « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux: revue de littérature et des notions connexes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 56:197-207.
- MARPSAT M., 2008, « Le logement, une dimension de la pauvreté en conditions de vie », *Regards croisés sur l'économie* 2, n° 4: 70-82.
- MARPSAT M., FIRDION J.-M. et MERON M., 2000, « Le passé difficile des jeunes sans domicile », *Population et sociétés*, n° 363: 1-4.
- MÉDECINS DU MONDE, 2008, *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*.
- MORVAN Y., PIETRO A., BRIFFAULT X., BLANCHET A., DARDENNES R., ROUILLON F. et LAMBOY B., 2007, « La dépression: prévalence, facteurs associés et consommation de soins », *Baromètre santé 2005: Attitudes et comportements de santé*, INPES.
- NORTH C.S., POLLIO D.E., THOMPSON S.J., RICCI D.A., SMITH E.M. et SPITZNAGEL E.L., 1997, « A Comparison of Clinical and Structured Interview Diagnoses in a Homeless Mental Health Clinic », *Community Mental Health Journal* 33:531-543.
- ORAIN H., CHAMBAUD L., 2008, « L'identification et la prise en charge des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement », Rapport à la Préfecture de Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1992, CIM-10/ICD-10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M. et PAUGAM S., 2004, « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Île-de-France », *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, La Documentation française.
- PAUGAM S., 1996, « Introduction: la construction d'un paradigme », dans PAUGAM S. (dir.), *L'Exclusion: l'état des savoirs*, La Découverte.

- PELCHAT Y., GAGNON E. et THOMASSIN A., 2006, «Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale», *Lien social et politiques*, n° 55: 55-66.
- PERRETI de G., 2006, «Sans-domicile : une cible mouvante. Une typologie de l'histoire résidentielle des individus», *Recherche et Prévisions*, 85:39-50.
- PICHON P. et TORCHE T., 2007, *S'en sortir. Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans-domicile fixe*, Matières à penser, Publications de l'université de Saint-Étienne.
- PICHON P., 2000, «Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans-domicile fixe», *La Rue et le Foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, édité par Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion, INED-PUF.
- RAVON B., 2005, «Vers une clinique du lien défectueux?», dans ION *et al.*, *op. cit.*, 25-58.
- SAPINHO D., CHAN CHEE C. et BECK F., 2009, «Prévalence de l'épisode dépressif majeur et comorbidités», *La Dépression en France*, enquête ANADEP 2005, 35-57, INPES.
- SICOT F., 2006, «La maladie mentale, quel objet pour la sociologie?», *Déviance et Société*, n° 30.
- SNOW D. A., BAKER S.G., ANDERSON L., 1986, «The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless», *Social Problems* 33:407-423.
- SNOW D. A., BAKER S.G., ANDERSON L., 1988, «On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts», *Social Problems*, n° 35:192-196.
- SOULIÉ C., 2000, «Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris», dans MARPSAT M., FIRDION J.-M., *La Rue et le Foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, INED-PUF.
- WRIGHT J.D., 1988, «The Mentally Ill Homeless: What is Myth and What is Fact?», *Social Problems*, n° 35:182-191.

Méthodes pour un dénombrement des sans-abri

Frédéric Lefebvre-Naré (ISÉE)

DÉNUMBRER les personnes qui passent la nuit dans des endroits impropres à l'habitation – les sans-abri –, c'est coûteux, complexe, mais faisable avec une précision du « simple au double ». Au centre de grandes villes, on peut compter des personnes bien visibles dans l'espace public ; en tissu moins dense ou rural, les mairies et d'autres services connaissent les personnes sans abri.

Une enquête quinquennale spécifique, composante du recensement INSEE, a trouvé 14600 sans-abri pour 2006. Selon nos recoupements, ce recensement sous-estime plutôt un effectif qui serait entre 14000 et 28000.

Seul le recensement permet de mobiliser, sur toutes les communes, les moyens humains d'un dénombrement sérieux. Mais son formulaire actuel est mal adapté aux sans-abri ; et l'INSEE juge la qualité de recueil insuffisante pour que des chiffres régionaux ou locaux soient produits.

Des statistiques partielles pourraient être produites sur Paris en s'appuyant sur les maraudes de la police, de la ville et de la RATP ; et sur d'autres territoires, en s'appuyant sur les services de domiciliation.

Les données de services d'aide – Observatoire du 115, hébergements... – ne sont pas des dénombrements des sans-abri, mais fournissent des signaux d'alerte indispensables.

Combien de sans-abri ? Une interrogation récurrente

La question du nombre de sans-abri est ancienne

Combien de personnes sont concernées ? C'est la première question du décideur politique qui doit affecter des budgets, communiquer vers le grand public, défendre ses priorités.

S'agissant des sans-abri, ce dénombrement est particulièrement déficient et difficile. Les chiffres évoqués pour un même territoire, dans les débats publics ou entre acteurs, vont souvent de 1 à 10, voire de 1 à 100.

« Combien sont les SDF ? Que ce soit à l'échelle locale ou nationale, l'interrogation est permanente. Les chiffrages nationaux antérieurs (à) 1987 sont très rares et très variables (de 5 000 à 300 000 personnes)... Depuis le début des années 80..., les estimations... se sont multipliées » (Damon, 2000).

En octobre 1993, le Conseil national de l'information statistique (CNIS) créait un groupe de travail sur les « sans-abri ». Parmi ses conclusions (Marpsat, 2003, p. 4-5) :

- ... Les besoins d'information au niveau local. C'est à l'échelle locale que l'adéquation entre la demande et l'offre de logement peut être appréciée.

Propositions :

- Réaliser une enquête nationale auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement et d'accueil principalement destinés aux personnes sans domicile.
- Mieux prendre en compte les populations sans logement autonome stable dans le recensement de la population et les enquêtes nationales traditionnelles.

Qu'en est-il dix-sept ans après ?

L'INSEE a mené en 2001 une enquête lourde auprès des bénéficiaires d'hébergement et de repas chauds (SD 2001), qui doit être renouvelée en 2012. Son protocole permet d'étudier trajectoires et profils des personnes concernées ; il est mal adapté pour les dénombrer.

Des enquêtes Logement, Santé, etc., retracent les parcours de logement, ce qui aide à estimer la « prévalence » du fait d'avoir été sans-abri à un moment donné de la vie, mais ne fournit pas de dénombrement « aujourd'hui ».

Des observatoires de la demande de logement, ou de la précarité dans le logement, ont été créés sur des territoires. Mais des statistiques sur les *demandes* formulées par des personnes ne sont pas des statistiques sur leur *situation* de logement.

Le recensement de la population (RP) consacre des journées d'enquête aux sans-abri, mais les chiffres obtenus sont jugés peu fiables par l'INSEE.

Aucun nombre fiable n'est publié à l'échelle de la région ou de l'agglomération – l'échelle des actions associatives, ou des budgets (cf. enveloppes régionales réparties ensuite par les DRASS).

Ainsi, la France ne peut actuellement suivre sa politique que par des indicateurs de moyens et de réalisations – places créées, etc.

Le rapport 2009, publié par l'INSEE, du groupe de travail sur les situations marginales par rapport au logement – SML – (Marpsat, 2009 p. 101) recommande de «*poursuivre l'amélioration des méthodes pour obtenir des informations quantitatives sur les sans-abri [... pour] mieux connaître le nombre et les caractéristiques des sans-abri [...] au niveau national et au niveau local*».

La question du nombre de sans-abri est difficile

Les «sans-abri» sont définis comme les personnes qui passent la nuit dans un lieu impropre à l'habitation (rue, squats, abris de fortune, etc.). Il y a parmi eux :

- des personnes vivant de façon durable dans des lieux indignes de la qualification de «logement» (bidonville, aménagement autour d'un véhicule hors d'état de rouler, etc.), seules, en couple ou en famille ;
- des adultes isolés dont beaucoup sont alcoolo-dépendants, malades ou souffrants au plan psychique ;
- des jeunes errant en groupes, travailleurs saisonniers ou occasionnels ;
- des familles roms squattant des terrains ou des bâtiments désaffectés ;
- des immigrés récents, en demande d'asile ou déboutés du droit d'asile, etc.

Il est nécessaire de considérer, au-delà du logement, la situation sociale, psychologique, juridique des personnes. Cependant, s'agissant de *dénombrer*, il est légitime de centrer l'étude sur le lieu de vie, le «sans-abrisme» – le fait que des personnes se retrouvent, plus ou moins souvent, sans abri.

On ne peut espérer sur le sans-abrisme de quantifications aussi fiables que celles que la statistique publique fournit habituellement. Pouvoir publier des quantifications avec une marge d'erreur d'un facteur 2 serait déjà un grand progrès.

Parce qu'une même personne est dans des situations différentes selon le jour, le temps qu'il fait, la saison... et peut être hébergée sur des périodes plus ou moins longues – restant «SDF», sans domicile fixe, mais avec abri. Le dénombrement réalisé dans les rues à Bruxelles en novembre 2008 a trouvé 262 personnes.

Or 160 personnes sans papiers... occupaient [avec l'accord du propriétaire] un bâtiment de l'ULB (2 jours plus tôt le groupe était 2 à 3 fois supérieur en nombre et avait été évacué par la police d'un autre lieu) (La Strada, 2008, p. 6).

Ainsi, la variation, sur ce seul groupe, par rapport à l'avant-veille, était équivalente à l'effectif total recensé !

Parce que la situation d'une même personne varie dans le temps. On n'aura pas le même nombre si on définit le sans-abrisme par :

- dormir «de façon habituelle» dans un lieu impropre à l'habitation (définition du RP) ;
- ou dormir «une nuit donnée» dans un tel lieu (SD 2001).

Être sans-abri signifie souvent être caché. Dans les centres les plus denses ou les couloirs du métro, certains sans-abri se placent de façon très visible (qu'il soit ou non aisé, à un enquêteur, de les interroger là) ; mais la majorité des sans-abri cherchent pour leur sécurité un lieu dissimulé. Il est alors difficile de les trouver pour les dénombrer.

Vient ensuite la difficulté, souvent évoquée, d'identifier les personnes pour éviter les doubles comptes. Beaucoup de méthodes de dénombrement sont fondées sur *plusieurs* occasions de voir les personnes. Il faut donc, pour la fiabilité statistique, identifier la grande majorité de celles-ci (voir annexes).

Le recensement au Danemark (scénario 4) passait par cette identification, avec environ 80% de taux de réponse. L'enquête réalisée à Lyon en 2008, par la MRIE et le réseau *Personne dehors!*, comprenait également une identification, avec 92% de réponses.

En France comme ailleurs, certains intervenants pourraient y être réticents. Or la participation active et engagée des associations est nécessaire au succès dans la plupart des scénarios de comptage, alors que compter les sans-abri n'est ni leur mission ni leur compétence. Il faut donc que le dénombrement rejoigne leurs propres préoccupations, les aide à rendre leur action plus efficace. Même alors, il sera nécessaire d'autoriser les réponses anonymes et d'anonymiser les données après l'enquête¹.

Nous proposons quatre méthodes permettant de se dispenser d'identifiant, en évitant de recouper plusieurs modes de contact ou dates d'enquête ; par exemple, le comptage dans l'espace public «un soir donné» (scénario 3) ou deux jours donnés dans le cas du recensement de la population (scénario 1) ; l'enquête *via* les seuls services de domiciliation et maraudes sociales (scénario 5). Même ces méthodes demandent la mobilisation des acteurs sociaux concernés, ce qui suppose qu'ils y retrouvent leurs propres préoccupations.

Seules les situations de grand froid permettent des comptages, ponctuels et partiels – à Paris ville surtout – par les seuls moyens propres de la puissance publique (scénario 2).

Les fichiers de gestion : une base de sondage possible

La plupart des chiffres qui circulent dans le débat public ou technique sont des indicateurs d'activité de services d'aide : personnes hébergées, nombre d'appels au 115, de repas servis, etc.

Mais de plus en plus nombreux sont les services qui raisonnent aussi en nombre de *personnes différentes* utilisatrices, collectant des données individuelles².

Cependant, à court et moyen termes, ces données ne permettront pas de dénombrer les sans-abri. Parce que le public des services comprend non seulement des sans-abri, mais aussi d'autres personnes sans domicile ou très pauvres – et

1. Remplacer les identifiants par des « numéros de questionnaire », une fois associées les informations correspondant à une même personne.

2. La partie 4 du rapport intégral est consacrée à l'étude de ces fichiers de gestion.

cette distinction est rarement faite dans les fichiers de gestion ; et parce que les nomenclatures, les descriptifs, sont très hétérogènes d'un service à l'autre.

Le rapport du groupe SML 2009 le rappelle : de ces données « *liées à l'action de l'association... on ne sait pas toujours si leurs évolutions doivent être rattachées à une évolution dans la situation des personnes, aux modifications de l'activité associative, ou aux aléas de son financement* » (Marpsat, 2009, p. 9).

Les méthodes d'enquêtes que nous présentons dans ce rapport recueillent donc toutes de l'information primaire sur les personnes, quitte à utiliser les fichiers de structures comme points de départ (base de sondage) pour trouver les personnes.

Le recensement de la population de l'INSEE

Qui réalise le recensement³ ?

L'enquête spécifique « habitations mobiles et sans-abri » (HMSA) du recensement de la population est réalisée par les communes, ou arrondissements à Paris, Lyon, Marseille. Elles disposent, pour cette enquête, d'un protocole établi par l'INSEE et peuvent s'appuyer sur son conseil méthodologique.

Pour les communes de moins de 10 000 habitants, l'enquête HMSA a lieu en même temps que le recensement des logements ordinaires (tous les cinq ans).

Pour les communes de plus de 10 000 habitants, dont les logements sont enquêtés par sondage chaque année, l'enquête HMSA a lieu tous les cinq ans (2006, 2011, 2016).

Nous appelons ci-dessous « enquête SA » la partie « sans-abri » de l'enquête HMSA.

Il s'agit d'une enquête « deux jours donnés » auprès des personnes elles-mêmes ; les agents recenseurs se déplacent sur le lieu où vit chaque personne pour l'y interroger.

- Les communes sont invitées à s'appuyer sur les services d'aide pour identifier les lieux où enquêter.
- Les communes peuvent faire appel à des personnes travaillant dans des services d'aide, soit comme agents recenseurs pour l'enquête SA, soit pour accompagner les agents recenseurs.

Le rapport du groupe SML (Marpsat, 2009) recommande « *une réflexion sur l'évolution du partenariat entre l'INSEE, l'État, les communes et les associations* ». On se situe ici dans la répartition actuelle des responsabilités.

Nous suggérons que soit proposé, aux quelques dizaines de communes où les sans-abri sont les plus nombreux, un recueil d'information complémentaire harmonisé par les communes qui le souhaiteraient.

3. Pour plus de précision, voir notre rapport complet sur le site de l'ONPES : <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/R10003b-DenombSansAbri-Rapport-19fev10-2.pdf>, et bien entendu la documentation de l'INSEE.

À côté de la remontée des documents de recensement vers l'INSEE, une instance centrale correspondant directement avec les services municipaux consoliderait des bordereaux récapitulatifs et anonymes sur les sans-abri dénombrés.

Qui est dénombré ?

Le dénombrement vise la totalité des personnes qui ne résident pas dans un logement. Les personnes hébergées par des tiers, ou résidant de façon stable en hôtel, ou vivant dans des conditions indignes mais dans des logements répertoriés, doivent être recensées au titre des logements ordinaires et ne sont pas concernées par l'enquête SA.

Mais l'information sur le logement figure dans la «feuille logement», non dans le «bulletin individuel», seul utilisé dans l'enquête SA. On ne peut donc pas vérifier après enquête. Des consignes précises sont d'autant plus nécessaires.

Les «communautés», dont font partie les centres d'hébergement, sont recensées par l'INSEE dans une commune sur cinq chaque année⁴.

Les «squats» sont normalement recensés comme logements ordinaires s'il s'agit de logements ordinaires (occupés sans titre). Les squats de bâtiments non destinés au logement sont à recenser dans l'enquête SA.

En ce qui concerne l'hébergement d'urgence, les hôtels et les squats, il peut y avoir une limite floue entre enquête SA et autres procédures du recensement⁵.

Nous suggérons :

- que les associations, services d'aide, services de police et d'urbanisme, informent les services communaux du recensement sur tous ces lieux (hébergement d'urgence, hôtels et squats) et sur la présence de personnes qui y résident de façon précaire, afin d'assurer qu'elles ne soient pas oubliées du recensement ;
- que les communes veillent à intégrer dans le recensement «ordinaire» tous ces lieux, s'ils ne relèvent pas de l'enquête SA ;
- de placer dans le recensement «ordinaire» tout l'hébergement en hôtel, qui est très généralement de moyen terme, non de court terme. D'intégrer cependant dans l'enquête SA les places d'hôtel qui auraient été mobilisées au titre d'un plan «grand froid» aux dates d'enquête. En effet, les personnes ainsi mises à l'abri d'urgence ne seraient probablement pas trouvées lors des opérations classiques de recensement des logements répertoriés au répertoire d'immeubles localisés (RIL).

Quelle information est à collecter ?

L'information à collecter est définie par les formulaires de recensement. Il s'agit d'un simple «bulletin individuel» : la «feuille logement» destinée à décrire les loge-

4. Communes de 10 000 habitants et plus. Dans les petites communes, cela se fait en même temps que le reste du recensement.

5. Voir les «Recommandations de la FEANTSA pour le recensement (2011) des personnes sans domicile», novembre 2008, et United Nations Economic Commission for Europe, «Report of the group of experts on population and housing censuses : Note by the Secretariat», 10 novembre 2009, «Item 3: Enumeration of Homeless People».

ments ordinaires n'est pas applicable aux sans-abri. La situation «d'abri» des personnes (centre d'urgence, abri de fortune, etc.) n'est donc pas enregistrée.

Pour 2016, nous recommandons l'ajout de questions «de recensement» spécifiques aux sans-abri. Une solution technique imaginable pour 2016 serait d'intégrer dans le «bulletin individuel sans-abri»⁶ la question «type de logement» qui existe déjà dans la feuille logement (Q1), complétée par des modalités supplémentaires pour les modes d'abri des «sans-abri».

Ce bulletin individuel spécifique intégrerait également une signalétique minimale des personnes sans abri :

- adresse postale (domiciliation),
- téléphone (comme pour les ménages ordinaires),
- lieu de vie/abri (avec une nomenclature plus précise que la seule modalité «abri de fortune»),
- ancienneté du dernier hébergement en centre,
- voire demande ou non d'un hébergement la nuit précédente.

Pour 2011, nous recommandons de proposer, sous forme d'un simple bordereau récapitulatif, un recueil d'information similaire aux communes qui le souhaiteraient, parmi la cinquantaine qui compte sur leur sol le plus grand nombre de sans-abri.

Conditions de réalisation

Les associations, centres communaux d'action sociale, services de sécurité voie publique, entreprises de transports en commun, peuvent contribuer très significativement à la préparation, puis à la bonne réalisation du recensement – par un concours très simple, conformément au protocole déjà établi par l'INSEE. Les associations reconnaissent la légitimité que toute personne soit recensée de façon fiable et en voient l'intérêt.

La sensibilisation des services du recensement des communes est elle-même importante, car la charge de travail simultanée (sans-abri, habitations mobiles, communautés dans certaines communes) pourrait être, dans certaines communes, aux dépens des plus dispersés et les plus difficiles à trouver – les sans-abri.

Enfin, DDASS et conseils généraux pourraient être invités à communiquer à l'INSEE la liste des hôtels où sont hébergées des personnes et familles sans abri :

- dans le cadre de l'aide sociale habituelle,
- en complément ponctuel, lors de plans «grand froid».

L'INSEE pourrait coder géographiquement ces listes de façon à les transmettre aux services communaux, sous forme compatible avec l'organisation du recensement.

Nous recommandons donc que le contact soit rapidement établi par l'INSEE avec les réseaux associatifs nationaux afin de présenter le recensement.

6. Qui deviendrait spécifique comme il l'est déjà pour d'autres publics, les détenus par exemple. Il serait allégé des questions auxquelles les sans-abri répondent le moins.

Les communes seraient ensuite invitées à organiser une réunion avec les différents acteurs pertinents de leur territoire (associations spécialisées, CCAS, services de sécurité voie publique, entreprises de transports en commun). Les réseaux nationaux et régionaux pourraient communiquer aux communes un répertoire de structures pertinentes – maraudes, accueils de jour, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), 115 et hébergements d'urgence, etc.

Les communes acceptant l'idée d'un recueil complémentaire seraient directement en relation avec une instance de coordination et de consolidation de l'information.

La publication des résultats

Selon nous, il faut traiter ensemble les deux questions de la qualité du recueil et des perspectives de publication. Car l'intérêt du recensement pour dénombrer les sans-abri dépend évidemment de la publication des résultats!

Or le dispositif du recensement a actuellement pour but :

- que chaque personne résidant en France soit comptée dans sa commune,
- mais non de compter spécifiquement les personnes sans abri.

L'INSEE n'a pas jugé les chiffres actuels (2006) assez fiables pour publier mieux qu'un chiffre global : 14 600, dont 13 700 en métropole.

Des chiffres par genre et tranche d'âge ont été publiés à l'échelle de chaque commune, agrégeant sans-abri et résidents d'habitations mobiles – lesquels sont globalement six fois plus nombreux⁷. Ils n'informent donc pas sur le nombre de sans-abri.

Certains de ces chiffres publiés par commune conduisent effectivement à douter de la fiabilité des résultats. Pour Paris, l'enquête dénombre 793 garçons de 0 à 14 ans, contre 120 filles. En revanche, le ratio entre genres est proche de 1 à Lyon et Marseille, ce qui semble plus vraisemblable.

Le statut des données, aussi logique qu'il soit au regard de contraintes administratives, est parfaitement absurde au plan scientifique : comment comprendre que soit publié le nombre de « HMSA » à l'échelle de la commune de Châtillon-la-Palud (Ain) – soit 1, avec son sexe et sa tranche d'âge quinquennale – et que le nombre global de sans-abri recensés sur tout Rhône-Alpes reste inaccessible ?

Une échelle géographique régionale, ou par grande agglomération, se rapprocherait de l'échelle utile à la décision publique.

Nous suggérons que l'INSEE traite les données 2006 à cette échelle, à titre exploratoire, donc interne à l'administration, sans perspective de publication.

On pourrait ainsi distinguer l'effectif trouvé dans l'enquête SA :

- par région, en distinguant communes de plus de 10 000⁸ de celles de moins de 10 000 habitants ;

7. Tableau POP2 des populations totales par sexe, âge et catégorie de population. Les marins, nettement moins nombreux, sont également intégrés.

8. Celles concernées par l'enquête HMSA quinquennale.

- sur chaque région, en distinguant : hommes et femmes ; trois tranches d'âge : 0-14 ans, 15-44, 45 + (ou : mineurs et majeurs) ; Français ou étrangers ;
- par unité urbaine de plus de 100 000 habitants ;
- par département francilien.

Un point intermédiaire entre deux recensements

Nous proposons d'envisager la réalisation en 2013 ou 2014 – entre deux recensements – d'une enquête sans-abri «SA» spécifique, sur le même protocole que celui proposé ici pour 2016, de façon à disposer d'une série de données comparables à une périodicité de deux-trois ans.

Cette enquête serait organisée dans les communes volontaires, parmi les 50 à 150 communes où se trouvent 75 à 90 % des sans-abri. Le financement de l'opération serait national, au moins pour les coûts marginaux : rémunération et frais des enquêteurs, coordination méthodologique et statistique.

Le protocole à appliquer, celui du RP, peut en toute rigueur connaître des aménagements pratiques – par exemple, une équipe d'enquêteurs moitié moins nombreuse, mais travaillant sur quatre jours donnés et non deux.

L'INSEE devrait naturellement être associé à l'opération, et fournir les données obtenues sur les mêmes communes lors des enquêtes SA des recensements proprement dits : 2011, 2016..., de façon à permettre les comparaisons entre enquêtes.

Consolider des comptages à réaliser par les intervenants du plan Grand froid, à une même date à Paris

Qui réalise le dénombrement ?

À Paris, en période de grand froid, quand, après une semaine au-dessous de zéro, les abris de fortune sans moyens de chauffage deviennent eux-mêmes trop froids, la gestion des besoins permet un dénombrement des sans-abri :

- les personnes sans abri sont très nombreuses à faire appel aux hébergements de fortune, comme les gymnases ouverts à mesure des besoins. Le nombre de places ouvertes donne, aux jours les plus chargés, une indication fiable du nombre d'utilisateurs ;
- ces jours de grand froid, les habitants sont nombreux à signaler aux services d'aide (pompiers, 115, etc.) les personnes qui, restées dans la rue, sont en danger. Les maraudes sont renforcées et repèrent les personnes qui refusent la mise à l'abri ;
- il reste quelques noyaux d'habitat de fortune (bois de Vincennes, campements roms, etc.) suivis spécifiquement.

Certes, les services d'aide, «débordés» dans une telle situation, ne prennent pas systématiquement note de ces nombres de personnes. Une instance différente devrait être chargée de faire «interviewer» un jour donné les acteurs pour récupérer en continu leurs informations, de centraliser et d'harmoniser ces données.

Qui est dénombré ?

Le dénombrement vise les personnes sans abri au sens le plus strict, puisqu'elles ne sont mises à l'abri que *via* des dispositifs d'urgence spécifiques.

Il ne s'applique bien qu'à Paris (et quelques autres centres urbains?) car, ailleurs, la majorité de ces personnes en situation de grande urgence peut être prise en charge par des dispositifs habituels (centres d'hébergement d'urgence, hôtels, etc.).

Il faut ajouter, aux chiffres obtenus, les personnes hébergées de façon temporaire dans ces dispositifs habituels pour estimer le nombre total de personnes « sans domicile fixe et sans hébergement durable ».

Cette totalisation sous-estimerait le nombre moyen de sans-abri à Paris, en raison de la saison. En effet, certains sans-abri migrent en hiver vers le sud.

Quelle information est à collecter ?

Nous recommandons de collecter un « genre-âge » minimal, avec la nomenclature suivante à quatre modalités exclusives : homme (adulte), femme (adulte), mineur, non identifié.

Conditions de réalisation

Temps par homme à prévoir pour l'instance de coordination sur Paris :

- quelques jours (<20) de préparation du dispositif ;
- quelques jours de travail (<20) quand il se déclenche.

S'y ajoute un temps passé par les services eux-mêmes.

Nous estimons les coûts (non masqués) liés à une telle opération à moins de 50 000 euros, sans doute entre 20 000 et 40 000 euros si la coordination est externalisée.

On peut imaginer que la coordination soit externalisée pour une première opération, de manière à ce que ce travail ne soit pas perturbé par la situation d'urgence elle-même ; et que le prestataire externe ait pour tâche de formaliser la méthode (les outils, les procédures) pour faciliter une gestion interne par la DASS une année ultérieure.

Compter dans l'espace public un soir donné

Ce scénario s'appuie sur l'exemple récent de Bruxelles (La Strada, 2008). Plusieurs autres expériences – New York, Budapest... – sont exposées dans Marpsat (2009b).

Qui réalise le dénombrement ?

Le dénombrement est réalisé, un soir donné (entre 23 heures et minuit à Bruxelles), par un grand nombre d'agents « compteurs » réunis pour la circonstance : travailleurs sociaux, agents d'organisations où des sans-abri se trouvent fréquemment (gares et stations, etc.), militants associatifs bénévoles. Ces personnes doivent avoir une connaissance préalable du public sans abri.

Ils procèdent par :

- quadrillage de la ville selon des consignes précises ;
- repérage de personnes sans abri ;
- comptage similaire dans les établissements d'accueil quel que soit leur statut ;
- remontée des bordereaux de comptage vers l'organe de coordination.

Effectif nécessaire: de l'ordre de un «compteur» pour deux sans-abri dans l'espace public.

Un organe de coordination doté d'un pilotage partenarial entre les pouvoirs publics et les associations :

- crée pour l'enquête un répertoire des services d'aide ;
- cartographie les lieux où les personnes passent la nuit, par une enquête préalable auprès des maraudes, des services d'aide et de leurs usagers ;
- contacte les organismes gestionnaires de lieux utilisés par les sans-abri (paroisses, parcs et jardins, etc.) pour organiser l'enquête sur place ;
- mobilise les «compteurs», constitue des équipes mixtes, attribue des zones ; rédige un engagement moral signé par les «compteurs» décrivant le comportement à avoir avec les personnes recensées ;
- organise un système de contrôle composé d'observateurs placés dans la rue pour vérifier s'ils sont ou non comptés ;
- contacte les services d'aide et diffuse :
 - un bordereau d'enquête pour les personnes accueillies ce soir-là,
 - un bordereau pour une enquête de recoupement à réaliser le lendemain dans les accueils de jour, éventuellement par sondage sur certains d'entre eux ;
- collecte les bordereaux remplis ;
- analyse les données recueillies.

Qui est dénombré ?

Le dénombrement vise les personnes qui se trouvent, en fin de soirée hivernale, dans un lieu impropre à l'habitation ainsi que les personnes qui se trouvent au même moment en hébergement d'urgence (sans domicile fixe ni hébergement durable).

Quelle information est à collecter ?

La capacité d'enquête de «compteurs» bénévoles ne peut être que superficielle. Nous recommandons donc de limiter l'opération à un pur comptage, distinguant :

- homme (adulte),
- femme (adulte),
- mineur,
- non identifié.

Encore faut-il questionner la personne pour vérifier si possible sa situation de sans-abri, avec trois ou quatre catégories : domicile stable ou hébergement dans un centre ou sans abri. Une catégorie intermédiaire peut repérer les personnes qui ont

été dans la semaine écoulée à la rue certains jours, à l'abri d'autres jours: sans hébergement stable. Il s'agit également d'enregistrer le lieu où la personne a été vue.

Les opérations de contrôle réalisées dans de telles enquêtes – présence d'observateurs, recoupement avec une enquête le lendemain dans les accueils de jour (Marpsat 2009b) – montrent que beaucoup de sans-abri restent non repérés par un comptage de ce type et permettent de corriger en partie ce biais.

La marge d'erreur reste cependant *au moins du simple au double*, voire nettement plus. Elle se combine avec de fortes fluctuations possibles selon la météorologie, les opérations de police, etc., comme cela a été constaté à Bruxelles.

Cette méthode a cependant des avantages :

- compter aussi les personnes qui ne recourent pas aux services d'aide ;
- éviter assez efficacement les doublons.

Conditions de réalisation

« *Tout est dans la préparation* » (témoignage de Laurent Van Hoorebeke, de La Strada, Bruxelles).

Le temps à mobiliser par chaque « agent compteur » est inférieur à une journée, formation incluse.

Pour l'organe de coordination, ce sont les contacts préparatoires avec les services d'aide aux sans-abri qui sont dimensionnants : on peut imaginer, à partir du cas de Bruxelles, un temps de l'ordre de dix jours/homme par service d'aide dans le champ⁹. Le coût semble avoir été bien moindre à Toronto¹⁰.

- Cela pour une première opération : ce budget-temps serait sans doute à diviser par trois pour réitérer l'opération *sur une même agglomération*.
- Dans le cas de Paris *intra muros* ou d'autres grands centres français, on peut imaginer associer la programmation de cette opération future avec la préparation du recensement de janvier 2011 (mêmes zonages, mêmes acteurs contactés, etc.) pour réduire significativement le budget de préparation.

9. Le ratio est très simplificateur (il y a d'autres facteurs de coût) et ne signifie pas qu'on consacre ces 10 jours uniquement aux contacts avec le service d'aide!

10. Selon Ian De Jong, ville de Toronto : « Trois stratégies à envisager pour améliorer le dénombrement des sans-abri [...] » (novembre 2008). Coût budgété : 90 000 \$CAN (+60 k€). En 2009, avec 1 400 personnes, 150 000 \$CAN (+100 k€). Selon <http://www.eyeweekly.com/municipalaffairsdesk/article/58337>, billet qui fournit aussi le retour d'expérience d'un bénévole. Il estime qu'au moins 3 600 heures de bénévolat ont été mobilisées.

	Information recueillie	Effectif total participant	Effectif encadrement	Nombre de sans-abri dans la rue (hors centres)
Sidney (2/3 de la ville), août 2009 semestriel ¹¹	Comptage seul	165	20	399
Toronto (centre-ville + 2/3 des quartiers périphériques), 2006	10 questions axées sur les besoins (taux de réponse: 51 %)	1 200	400 dont observateurs	818
Bruxelles (centre ou « Pentagone », et plusieurs lieux extérieurs), 2008	Comptage seul	145	?	262

C'est à Paris qu'une enquête «rue» aurait le plus d'utilité par rapport aux enquêtes «*via* les services». Mais, par rapport à la méthode décrite ici, il existe, pour Paris, une alternative à coût réduit, ne demandant pas de recourir à tout le réseau associatif. Elle consiste à confier cette mission, moyennant renforts et coordination, aux services qui veillent déjà sur les sans-abri dans l'espace public :

- la Direction de la prévention et de la protection de la ville de Paris pour les parcs et jardins (bois notamment),
- le service de lutte contre la grande exclusion de la RATP pour le métro,
- la BAPSA (police nationale) pour le reste de l'espace public.

Tous ces services ont déjà l'expérience de compter les sans-abri, dans tout ou partie de l'espace dont ils ont la charge.

Enquêter *via* tous les services d'aide

Nous prenons comme référence l'**expérience danoise**, sachant que cette méthode est utilisée dans tous les pays scandinaves (Edgar, 2009).

Qui réalise le dénombrement ?

Le dénombrement est réalisé par les «services d'aide» aux personnes sans abri.

Ceux-ci sont très nombreux et de statuts différents : il faut probablement 5 000 à 20 000 structures à l'échelle nationale pour «trouver tout le monde», y compris des personnes isolées qui n'ont de contact qu'avec une structure sociale – le centre communal d'action social (CCAS) de leur commune ou le service qui leur verse le RMI/RSA...

Dans le Rhône, 84 structures ont accepté de participer à l'enquête de la Mission régionale d'information sur l'exclusion, 73 ont fourni des données,

11. <http://www.cityofsydney.nsw.gov.au/Community/HomelessnessServices/StreetCount.asp>

dont 12 ont remis au moins 14 questionnaires (≥ 1 par jour d'enquête). Environ 300 sans-abri ont été trouvés ainsi.

Aux USA, le recensement de 2000 a été basé sur les services d'aide les plus spécialisés (hébergement et repas chauds) complétés, pour 10% de l'effectif trouvé, par certains sites « de rue ». 15 000 services et sites ont été enquêtés.

Pour dénombrer environ 5 000 SDF au Danemark début 2009, 1 400 services ont été contactés.

La difficulté essentielle pour le service d'aide est de dénombrer tout le monde, de saisir une information écrite à chaque contact avec une personne à dénombrer, pendant la période d'enquête (ensuite, mentionner quelques informations signalétiques n'a qu'un coût marginal). Pour obtenir l'exhaustivité, il faut que soient mobilisées, au sein du service, *toutes* les personnes accueillant les sans-abri.

L'organe de coordination de l'enquête assure une organisation complexe :

- il crée un répertoire des services d'aide ;
- contacte ceux-ci et diffuse le bordereau d'enquête ;
- tient une ligne d'aide téléphonique ;
- collecte les bordereaux remplis ;
- saisit, dédouble, analyse.

Un large intérêt commun pour l'enquête est nécessaire pour que ses conditions de réalisation soient satisfaisantes. Par exemple, le dédoublement des questionnaires demande l'identification des répondants selon un protocole commun. Il importe que le pourcentage de non-enseignés, ou de services d'aide refusant ce principe, reste faible¹².

L'organe de coordination doit donc être non seulement un centre logistique, mais aussi le lieu politique où se construit un consensus sur le contenu de l'enquête. Il y faut, pour le moins, un pilotage partenarial, pouvoirs publics et associations.

Le coût de l'enquête, financier et en temps, justifie une préparation très soignée. La participation, à ce pilotage, d'usagers des services, personnes sans abri, peut contribuer significativement à la qualité de l'enquête et à l'acceptation de la démarche. Dans l'expérience de la MRIE, cela a permis d'éviter tout jargon dans les questions posées.

Qui est dénombré ?

Le dénombrement vise les personnes qui font appel, physiquement ou par téléphone, aux services d'aide, une semaine donnée¹³.

Les personnes visées par le dénombrement sont celles :

- qui ont passé la nuit précédente dans un lieu impropre à l'habitation ;
- habituellement sans domicile fixe ni hébergement durable.

12. 92% de questionnaires nominatifs dans l'enquête MRIE 2008, 80% environ dans le dénombrement danois de 2009.

13. Cas du Danemark. Certaines structures françaises ont enquêté sur deux semaines consécutives. C'est le cas de l'enquête MRIE.

Mais chaque service d'aide a un public différent : des personnes « avec abri » seront aussi enquêtées. L'essentiel est que :

- aucun sans-abri ne soit omis ;
- la situation d'abri soit renseignée – de façon à pouvoir définir un groupe « sans abri » à l'étape de l'exploitation.

Nous proposons que les réponses aux questions puissent être fournies soit par la personne concernée, soit par le service d'aide. Celui-ci est responsable de la qualité de son travail de recueil et doit solliciter la personne pour compléter son information. Tout refus explicite de la personne de fournir une information (d'identité ou autre) doit bien entendu être accepté. L'impossibilité pratique de recueillir une information doit être acceptée. La « non-réponse » doit être possible sur chacune des questions.

Cette proposition pourra faire débat. Actuellement, certains recueils se limitent à la connaissance détenue par les services d'aide. D'autres, comme l'enquête MRIE, sont définis comme une enquête auprès des personnes sans abri, et seulement celles-ci.

En pratique cependant, beaucoup de démarches combinent les deux modalités de façon à maximiser l'information recueillie.

Dans le dénombrement danois, la possibilité de remplir les questionnaires est ouverte aux services comme aux personnes sans domicile. Une grande majorité des questionnaires est remplie par les services. L'autorité en charge des données personnelles (équivalente à la CNIL) a autorisé, pour cette enquête, les services à indiquer l'identité de la personne sans domicile, même si c'était le service qui remplissait en totalité le questionnaire.

Le PASS du CCAS Angers, accueil de jour pour un public à la rue ou en squat, dénombre chaque trimestre les personnes qui le fréquentent. Le questionnaire est posé par un membre de l'équipe, dédié à cette tâche pendant la période d'enquête (2 semaines). Il tient compte de l'information qu'il connaît déjà sur la personne pour remplir le questionnaire.

Quelle information est à collecter ?

Date et lieu du contact.

Identifiant permettant le dédoublement (*cf. infra* détail de ce point).

Informations sur la personne aidée¹⁴ :

14. Liste à titre d'exemple. Sur toutes les variables, le rapport intégral de la mission propose des nomenclatures des réponses. Ces propositions s'appuient sur les revues paneuropéennes et préconisations d'Edgar (2007), MPHASIS (2008) et Edgar (2009), sur le recensement danois et sur les travaux réalisés en partenariat pour l'Observatoire national du 115. Pour les variables marquées d'un *, nous proposons de reprendre la nomenclature construite pour cet Observatoire.

Nous proposons quatre catégories, des données indispensables... à celles qui relèvent seulement du suivi social, qu'on ne demanderait pas aux personnes pour ne pas risquer de rejet de l'enquête.

a) Informations que le service d'aide doit s'efforcer de recueillir lors du contact, s'il ne les détient pas encore :

- Sexe.
- Âge.
- Situation familiale*.
- Pour mieux compter les enfants, le questionnaire peut être construit, comme dans l'enquête MRIE, en unité «ménage» : une grille décrit «genre et date de naissance des personnes du ménage», puis les autres questions concernent le répondant seul.
- Situation de logement ou d'abri la nuit précédente¹⁵.
- Domiciliation courrier*.

b) Informations complémentaires sur la situation de «sans-abri». À remplir si le service d'aide les connaît déjà, ou que les conditions du contact le permettent sans perturber le service rendu :

- Si la personne n'était pas, la nuit précédente, à la rue ni en squat : a été ou non dans le passé «sans-abri» (nuit dans un lieu impropre à l'habitation), et la dernière fois, il y a combien de temps approximativement.
- Situation avant de se trouver sans abri*.
- Passe ou non toute la période d'enquête sur l'agglomération. Cela doit contribuer au dédoublonnage entre zones.

c) Informations complémentaires en lien avec le service social rendu à la personne ; ces informations ne seraient remplies que si le service d'aide les connaît déjà, et ne seraient donc jamais à demander à la personne.

15. Une nomenclature de lieux impropres à l'habitation, issue des travaux du CNIS (1993-1996), est rappelée dans le rapport du groupe SML (2009). Compte tenu des précisions apportées dans la méthodologie de l'enquête SD2001, p. 45 de ce rapport (Marpsat, 2009), pour distinguer par exemple parking fermé et parking extérieur... en ajoutant également la fourgonnette en catégorie 2, et une catégorie 5 pour le squat d'immeuble désaffecté, on arrive à la nomenclature suivante :

- 1) Cave, parking (fermé), grenier, cabane,
- 2) Voiture, fourgonnette, wagon, bateau (ni péniche ni caravane),
- 3) Ruine, chantier, grotte, tente,
- 4) Usine, bureau, entrepôt, bâtiment agricole ou local technique désaffecté,
- 5) Immeuble d'habitation désaffecté, squatté.

Pour chacune de ces cinq catégories : avec ou sans la possibilité de laisser des affaires.

- 6) Usine, bureau, entrepôt, bâtiment agricole ou local technique, qui sont utilisés dans la journée,
- 7) Parties communes d'un immeuble (couloir, cage d'escalier, palier),
- 8) Métro, gare, couloirs d'un centre commercial,
- 9) Rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée.

Les situations «avec abri» sont également à prévoir et à coder : foyer d'urgence, CADA, hôtel, chez un ami ou un tiers, hébergement stable, CHRS, logement autonome.

- Situation affectant l'hébergement: femme victime de violence, personne avec un animal, personne avec des problèmes de mobilité, personne nécessitant des soins médicaux*.
- Type de ressources*.
- État de santé; maladie physique (somatique), maladie psychiatrique diagnostiquée, souffrance psychique¹⁶, dépendance à l'alcool, dépendance à une drogue, aucune de ces situations.
- Pays de naissance (et éventuellement nationalité): indication du pays ou regroupement en trois catégories France/autre Union européenne/hors UE.
- Demandeur d'asile (procédure en cours) ou non.

d) Informations relevant du service d'aide.

- Date du contact précédent avec le même service (l'intervalle donne une idée de la probabilité de contact, essentielle pour extrapoler le dénombrement).
- Date (précise ou approximative) du premier contact du service avec la personne.

La question de l'identification de la personne aidée est nécessaire pour dédoubler d'un service d'aide à l'autre.

L'enquête MRIE à Lyon, en septembre 2008, a trouvé 5% de questionnaires en doublons, mais n'était pas exhaustive au sein de chaque service: il est probable que des personnes ayant déjà répondu une fois n'aient pas répondu, lors d'un deuxième contact, à un deuxième questionnaire.

Le dénombrement danois de 2009 a obtenu environ 20% de questionnaires en doublons.

On peut imaginer que le taux de doublons soit plus élevé sur les seuls sans-abri, ainsi que sur les grandes villes. Dans une enquête de ce type à Paris-ville, le taux pourrait être particulièrement élevé.

Nous proposons deux méthodes possibles, informatique et papier:

- Dédoublonnage informatisé: les identités sont saisies par l'organe de coordination dans un fichier informatique distinct; ce fichier n'est transmis à aucun autre organisme et est physiquement détruit après l'opération.
- Dédoublonnage papier: sur les bordereaux d'enquête, l'identité est à inscrire sur un volet détachable. Le dédoublonnage se fait par consultation manuelle au sein d'une même agglomération. Pour faciliter la comparaison, les bordereaux sont par ordre alphabétique des initiales des noms. Après dédoublonnage, les volets «identité» sont détachés et détruits.

Dans les deux cas, une autorisation de la CNIL est à prévoir pour constituer le fichier. Dans les deux cas, aucun organe d'État n'a accès aux identités.

16. L'état psychique est considéré par tous les acteurs comme une question importante... et difficile à enregistrer dans un formulaire. Les nomenclatures varient beaucoup d'une enquête à l'autre.

Dans les deux cas également, le dédoublement est un travail manuel¹⁷. Plusieurs méthodes de rapprochement peuvent être utilisées : sur le nom de famille (principe du bordereau alphabétique) ; sur un code comprenant les premières lettres du nom et du prénom et l'année de naissance (principe retenu par l'Observatoire national du 115) ; sur plusieurs codes successivement (comme l'a fait l'Observatoire du Samusocial Paris sur les fichiers du 115 Paris).

Certaines personnes refuseront de fournir leur identité, certains organismes refuseront de la demander. Cela doit être accepté. Tant que ces refus sont minoritaires, la fiabilité peut rester acceptable, et le biais peut être estimé par des méthodes statistiques.

Conditions de réalisation

Les services d'aide doivent :

- dédier une personne prioritairement à cette tâche pendant l'enquête. Pour les structures principalement dédiées aux sans-abri, cela représentera un temps plein (de l'ordre de 0,025 à 0,06 jour par personne comptée, soit 1 000 à 4 000 jours au plan national) ;
- s'organiser plus de deux mois à l'avance ;
- être consultés en amont de l'enquête et en recevoir personnellement les résultats.

La coordination demande travail préalable de conception, de concertation avec les réseaux associatifs, de pilotage à petite échelle (par exemple sur deux petites agglomérations et quelques services d'une très grande ville), mais aussi un lien avec chacun des services d'aide, soit depuis un pool téléphonique central, ce qui est sans doute plus efficace à court terme, soit déconcentré sur les DDASS, ce qui assurerait une plus grande utilisation du dénombrement pour la veille sociale départementale, mais demande de former et d'encadrer un réseau de correspondants DDASS.

Le coût de l'opération peut être estimé, selon nous, entre 50 et 300 euros par personne «à la rue»¹⁸, soit sans doute, à l'échelle nationale, entre 1 et 6 millions d'euros.

L'enquête MRIE à Lyon a pu demander 100 jours de travail de coordination (ordre de grandeur), et trouvé environ 300 personnes «à la rue»¹⁹. Soit environ 0,3 jour de travail par personne «à la rue» dénombrée.

17. Lars Benjaminsen, coordinateur du programme au Danemark, nous écrit : «*A key element is the control for double counts, and though some automated procedures can be used, this procedure basically is conducted by individual assessment of cases—that is—manually. [...] My assessment is that it still works relatively well even in the Copenhagen region, but I would think that in a large city like the Paris region, it could be a considerable challenge to conduct a proper control for double counts.*»

18. Nous utilisons ce ratio car ce public est le plus difficile à compter. Le dénombrement compte aussi beaucoup d'autres personnes, le coût «par personne dénombrée» est donc bien inférieur.

19. Dénombrement non exhaustif. Au total, 602 questionnaires dédoublement ont été obtenus, représentant 1 038 personnes.

Pour le Danemark, le coordinateur du programme, Lars Benjaminsen, nous fait part d'un coût de 135 000 euros, non compris le temps passé par les services d'aide. Le dénombrement trouve 5 000 SDF en 2009, dont sans doute environ 500 sans-abri à la rue («*rough sleepers*») – le chiffre de 2007 était de 552. Le «coût par personne à la rue» serait donc de l'ordre de 270 euros.

Malgré le coût élevé, plusieurs acteurs estiment nécessaire de renouveler un tel dénombrement au moins deux fois par an, hiver et été.

En pratique, on peut prévoir trois étapes :

- une opération pilote qui préciserait la faisabilité, les coûts, et le questionnaire ;
- un «kit de méthode» à la disposition des structures et territoires qui souhaiteraient réaliser un dénombrement pour leurs besoins propres²⁰ ;
- plus tard, une opération coordonnée dans toutes les grandes villes ou un grand nombre d'entre elles²¹.

Enquêter via les services de domiciliation et maraudes sociales

Ce scénario est une version réduite du précédent, en particulier pour l'organisation et le pilotage. L'idée est ici de s'appuyer sur les seuls services chargés d'un suivi social des personnes sans abri, tant pour faciliter le recueil de l'information que pour se dispenser d'identifier les répondants. Mais, alors, la couverture n'est plus exhaustive, et des données de recoupement sont nécessaires.

Qui réalise le dénombrement ?

Le dénombrement est réalisé par une «**équipe d'enquête**» qui s'appuie sur :

- les services de domiciliation destinés aux personnes sans domicile stable (municipaux, associatifs ou autres) ;
- les maraudes «sociales».

L'équipe d'enquête commence par recenser ces services auprès des DDASS. Tout service de domiciliation connu de la DDASS est à prendre en compte, quel que soit l'état d'application, dans le département, du décret du 20 juillet 2007 sur la procédure d'agrément.

Un enquêteur se déplace auprès de chaque service et y rencontre chacun des travailleurs sociaux ou bénévoles «référents» des personnes domiciliées²².

L'enquêteur passe en revue la liste des personnes qui reçoivent leur courrier postal dans le service (que ce soit ou non au titre de l'élection de domicile, telle que prévue par le décret de 2007) et renseigne pour chacune une brève signalétique.

20. Sur le modèle de la méthode CERTU «d'enquêtes ménages» sur les déplacements dans les agglomérations.

21. Paris-ville pouvant n'être pas couverte, ou seulement par sondage, en complément d'une enquête rue, voir scénarios S2/S3.

22. Enquête par téléphone si le nombre de personnes sans domicile stable domiciliées est très faible.

Les travailleurs sociaux ou bénévoles présents seront invités à lui faire part des informations dont ils disposent. L'information requise leur aura été indiquée à l'avance. Quand, pour certaines des personnes domiciliées, le service ne dispose pas d'une information complète, il aura un délai (par exemple un mois) pour la compléter, que ce soit par téléphone s'il le souhaite et dispose du numéro de la personne ; ou lors de son passage ultérieur en ses locaux. Un taux d'informations non renseignées doit être admis.

Le questionnaire constitué par l'enquêteur est anonyme, mais un numéro permet au service de faire le pont entre ses données et les questionnaires constitués par l'enquêteur (pour affecter les compléments d'information aux questionnaires commencés).

En complément, la même démarche est faite avec les maraudes sociales pour les personnes connues de celles-ci comme non domiciliées.

Qui est dénombré ?

On part de toutes les personnes qui ont été domiciliées²³, n'y ont pas expressément renoncé, n'en ont pas été expressément radiées.

Pour les utilisateurs du service qui ont un domicile stable, le recueil s'arrête là. Ce sont les personnes sans domicile stable qui sont à caractériser dans l'enquête.

Le dénombrement vise aussi, à travers les maraudes, les personnes vivant « à la rue », dans des agglomérations et espaces couverts par ces maraudes, et sans domiciliation.

Des données de recoupement sont à collecter par ailleurs pour estimer pourcentage et profil des personnes « manquées »²⁴ :

- enquête sur les appels aux sites sentinelles 115 un jour donné,
- enquête en centres d'hébergement d'urgence un jour donné...

Quelle information est à collecter ?

Cf. le scénario « danois », *via* les services d'aide²⁵.

23. Cela suppose de pouvoir juridiquement être domicilié : le cas des personnes en situation irrégulière (déboutées du droit d'asile...) semble géré différemment selon les lieux.

24. Les personnes sans domiciliation sont minoritaires de l'avis général des intervenants auprès des sans-abri, mais cela resterait à préciser selon les publics (cf. « Roms, jeunes en errance... »). Selon une enquête réalisée l'hiver 2008-2009 auprès de 29 usagers SDF d'accueils ruraux dans le Maine-et-Loire, 17 avaient une domiciliation, 7 non, 1 était en train d'en changer, 4 non-réponses. Presque toutes ces personnes avaient leurs droits sociaux (RMI, AAH...). (Sources : 115 et Secours Catholique).

25. Avec les adaptations suivantes :

- pas d'identification nominative.
- dernière situation connue de logement ou d'abri (plutôt que la situation « la nuit précédente »). Si hébergement stable - > *Fin de questionnaire*,
- vit de façon stable sur l'agglomération, ou voyageur/errant/nomade,
- *services de domiciliation seulement* : date la plus récente de relève du courrier,
- *services de domiciliation seulement* : date de première inscription pour ce service de domiciliation.

Conditions de réalisation

Les services de domiciliation et maraudes participants doivent :

- Prévoir que chaque travailleur social consacre un temps suffisant (ordre de grandeur : 0,02 jour de travail par personne sans domicile comptée, soit 600 à 2000 jours au plan national).
- Recontacter les personnes aidées pour compléter l'information, ce qui peut se faire principalement « en temps masqué »... selon l'intérêt des structures pour l'enquête.
- Être consultés en amont de l'enquête et en recevoir personnellement les résultats.

La coordination comprend la conception de l'enquête, la concertation avec les réseaux associatifs, le recensement des services de domiciliation et maraudes sociales avec les DDASS, le pilotage de l'opération.

L'enquête auprès des services sociaux représente, avec le recrutement et la formation des enquêteurs, les déplacements et les rappels, de l'ordre du quadruple du temps d'entretien avec les travailleurs sociaux, soit de l'ordre de 0,08 jour de travail par personne sans domicile comptée.

Le coût de ce travail d'enquête pourrait représenter entre 30 et 60 euros par personne sans domicile stable comptée, soit sans doute, à l'échelle nationale, entre 600 000 euros et 3 millions d'euros. L'efficacité de la méthode dépend de la proportion de « sans-abri » parmi ces personnes. Si la proportion est faible, la méthode n'est pas efficace.

Très large, cette fourchette de coûts serait à préciser :

- par un sondage préliminaire, *via* les DDASS, sur le nombre de personnes domiciliées au titre du décret de 2007 ;
- par un recueil pilote auprès de quelques services ou sur quelques agglomérations. En particulier, la situation de Paris (ville) semble spécifique, avec un grand nombre de personnes mal connues des services, domiciliées pour des demandes « DALO ».

Conclusion : principales recommandations

Une information de qualité demande non seulement des moyens importants venant des autorités publiques, mais aussi un intérêt actif de la part des acteurs sociaux concernés – ce qui suppose un accord sur les méthodes. Nos recommandations sont donc essentiellement une contribution à la réflexion des autorités et des acteurs sociaux.

Sur le recensement INSEE 2011 (enquête « sans-abri »)

R1. Préparer plus de six mois à l'avance, commune par commune, la réalisation du RP (HMSA 2011), en lien avec tous les services au contact avec les sans-

abri, de façon à dimensionner l'équipe d'agents recenseurs, les former et les orienter.

- R2. Prévoir la publication de données de l'enquête 2011 à l'échelle des régions INSEE, des dix-quinze principales agglomérations et des départements franciliens.
- R3. Ouvrir dès début 2010 la discussion entre INSEE et réseaux associatifs, au niveau national, pour travailler simultanément sur ces deux objectifs (R1-R2).
- R4. Prévoir de mener, tous les deux-trois ans, des enquêtes de dénombrement spécifiques aux sans-abri sur les territoires où se trouvent environ 75 % d'entre eux.
- R5. Renforcer, dans les communes qui le souhaitent, le dispositif d'enquête « sans-abri » du RP en 2011 pour disposer à l'échelle communale d'une signalétique des sans-abri. Piloter ainsi le dénombrement qui serait renouvelé deux-trois ans plus tard.

Par ailleurs, dès début 2010

- R6. Mettre en perspective les conclusions du présent rapport avec la stratégie 2009-2012, de façon à préciser les besoins d'information des acteurs publics pour piloter cette stratégie.
- R7. Partager les conclusions de la présente mission et la réflexion de l'État avec les réseaux associatifs, collectivités locales et administrations les plus concernées. Associer ce sujet à la préparation du RP de janvier 2011 (cf. R3).

Courant 2010

- R8. Mettre en place à Paris, dès l'hiver 2009-2010, un dispositif de totalisation des sans-abri identifiés, dispositif à actionner lors d'une vague de grand froid.
- R9. Sur les communes et arrondissements où se concentrent des sans-abri, associer plus étroitement acteurs associatifs, municipaux et État à l'enquête « sans-abri » du RP ; recueillir si possible une information complémentaire au bulletin de recensement, et consolider cette information.
- R10. Piloter (sur dix-vingt structures, 300-500 personnes sans abri) une enquête sur le scénario 5 « domiciliations » pour en estimer le coût et la qualité d'information. Pour en estimer la couverture, organiser sur les mêmes territoires une mesure de recoupement, par le 115 et en CHU (période hivernale), indiquant la proportion de sans-abri domiciliés.
- R11. Relier les conclusions de la présente étude aux dispositions déjà prises pour l'enquête SD 2012. Étudier si des dispositions complémentaires à SD 2012 couvriraient certains besoins d'information identifiés ici ; notamment en estimant le « taux de couverture » de la population sans abri par telle méthode ou tel dispositif.

En 2011, à partir des enseignements des démarches précédentes, dont le RP 2011

R12. Définir, budgéter, implémenter une mesure pérenne d'impact de la «Stratégie 2009-2012 de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées». Par exemple un point tous les deux-trois ans, au protocole commun avec le RP, en veillant à associer plusieurs sources et indicateurs.

R13. Publier des guides techniques pour ce type d'enquêtes, à la disposition des autorités locales ou acteurs associatifs souhaitant constituer cette information sur leur territoire.

Rappelons en conclusion que le *nombre* et la réalité sociale qu'il compte sont étroitement liés. Le seul prisme d'outils très quantitatifs, de grilles prédéfinies, risque de *laisser pour compte* les personnes les plus marginales ou les pauvretés les plus nouvelles. Un «nombre de sans-abri» prend son sens en face de ce que vivent, souffrent, ressentent, espèrent ces personnes sans abri.

C'est dans cette tente qui appartient à Christophe, 37 ans, qu'Anthony Cren, 30 ans à peine, a été retrouvé dimanche en fin de matinée. «Eh oui, monsieur, on meurt encore de froid aujourd'hui en France.» (La Charente libre, 5 janvier 2010.)

Sources du rapport

Plus de 80 personnes ont bien voulu recevoir notre mission et faire part de leur expérience; que ce soit sur les cinq sites étudiés, au plan national, ou sur les dénombrements à l'étranger. Qu'elles en soient vivement remerciées²⁶.

Nous remercions en particulier les administrations et organismes qui nous ont permis de consulter leurs bases de données sur leurs postes informatiques, et nous ont fourni des outils de travail internes, formulaires de comptages ou d'enquêtes, etc., contribution essentielle à des préconisations réalistes.

Parmi la très riche littérature publiée²⁷, les documents suivants permettent un tour d'horizon du sujet:

APPARU B., 2009, «Pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement», Dossier de presse du secrétaire d'État chargé du logement et de l'urbanisme, 10 novembre.

CHAMBAUD L., 2007, «La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri», Inspection générale des affaires sociales, août.

DAMON J., 2000, «En quête du chiffre: trois décennies d'estimations du nombre de SDF dans la presse», CNAF, *Recherches et Prévisions*, n° 60.

26. La liste des entretiens figure dans le rapport complet.

27. La bibliographie de l'étude figure dans le rapport complet.

- DAMON J., 2009, « Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union européenne », Rapport au ministre du Logement, avril.
- EDGAR B., HARRISON M., WATSON P. and BUSCH-GEERTSMA V., 2007, « Measurement of Homelessness at European Union Level », January 2007.
- EDGAR B., 2009, « European Observatory On Homelessness: European Review Of Statistics On Homelessness », FEANTSA, traduction française prévue début 2010.
- FNARS, 2007, « Sortir de la rue : les sans-abri », Conférence de consensus les 29 et 30 novembre, livre et DVD-Rom.
- LA STRADA, 2008, « Une première tentative de dénombrement des personnes sans-abri dans la région de Bruxelles-Capitale », Résultats et conclusions du dénombrement de rue de personnes sans abri, 19 novembre.
- MARPSAT M., 2003, « Aspects méthodologiques des enquêtes sur les personnes sans domicile », in *Les personnes sans domicile : qui sont-elles ?*, MIPES, Rencontre Études et Recherches, le 16 mai.
- MARPSAT M., 2009a, « Les situations marginales par rapport au logement : méthodes et sources statistiques publiques », rapport du groupe SML, sous la direction de Marpsat M., *Document de travail*, n° F0903, INSEE.
- MARPSAT M., 2009b, « Dénombrer les personnes sans domicile aux États-Unis », *Courrier des statistiques*, n° 126.
- MPHISIS, 2008, « Comment améliorer les bases d'informations sur le sans-abrisme aux niveaux régional, national et européen », Document d'information pour guider les séminaires nationaux, mai.
- PINTE E., 2008, Rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

Annexes

Les deux grandes familles d'approches pour dénombrer les sans-abri

	Raison d'être	Limites	Contraintes
Comptage par un quadrillage de l'espace public	Beaucoup de sans-abri ne recourent que très peu à des services d'aide, par exemple des migrants de passage dans des grands centres urbains.	Marges d'erreur de l'ordre du simple au double, voire pire, car beaucoup de sans-abri sont cachés ou peu identifiables. Limité au public le plus visible et repéré. Signalétique très pauvre.	Efficient seulement dans les centres urbains. Demande une large mobilisation à un moment donné. Prendre en compte différents lieux selon les publics (cf. campements de Roms).
Enquête passant par les services d'aide aux sans-abri	La grande majorité des sans-abri recourent à des services de domiciliation, bagagerie, hébergement d'urgence, etc.	Le public « non touché » est aussi le plus préoccupant. Forte dépendance de la motivation des services : une participation de mauvais gré signifierait une faible fiabilité.	Dédoublonnage indispensable, donc problème d'identification. Certains services accueillent de tels effectifs (à Paris notamment) que leurs moyens propres ne suffiront pas pour une enquête fiable.

Les cinq scénarios proposés pour dénombrer les sans-abri

	Information essentielle attendue	Fréquence possible	Délai après décision	Coût par personne «à la rue» ^{28 29}	Observations
1- Recensement INSEE (RP 2011)	Nombre de personnes habituellement sans abri par régions.	5 ans	Enquête janv. 2011	-	Améliorer l'organisation et la coopération des acteurs pour une meilleure fiabilité et permettre la publication de chiffres par régions.
1b- Dénombrement sur protocole recensement	Nombre selon situation « d'abri », dans les 50-150 communes où se trouvent 75-90 % des sans-abri.	5 ans	2013-2014 (entre 2 RP)	60-120 euros	Ciblé et organisé en s'appuyant sur le RP2011, fournit un 2 ^e point (évolution).
1c- RP INSEE 2016	Idem point intermédiaire 2013-2014. Introduction au RP de questions « de recensement » de base actuellement manquantes.	5 ans	Janvier 2016	-	Dénombrer selon situation « d'abri », la domiciliation, le recours à l'hébergement.
2- Totalisation un jour de grand froid à Paris	Nombre de sans-abri sans solution d'hébergement décent à Paris en hiver.	1 an	1-3 mois	4-8 euros	Personnes mises à l'abri ou signalées + campements et tentes.
3- Comptage dans l'espace public urbain méthode « Bruxelles »	Nombre de personnes physiquement visibles à la rue en centres urbains (surtout utile à Paris-ville).	2-3 ans	3-6 mois ?	50-100 euros	Possible aussi de façon tournante dans les quartiers, en s'appuyant sur les maraudes BAPSA/DPP, etc.
4- Enquête tous services méthode « danoise »	Dénombrement et signalétique des personnes touchées par les services.	3-5 ans	1 an	50-300 euros	Demande d'interroger chaque personne accueillie par chaque service et d'identifier pour dédoubler.
5- Enquête « domiciliations et Samusocial »	Dénombrement et signalétique des sans-abri ainsi suivis socialement.	1-2 ans	6-12 mois	30-60 euros	Plus simple que 4, on s'appuie sur les travailleurs sociaux et les doublons sont plus rares. Mais ne couvre qu'une partie des sans-abri.

28. Certains sans-abri ne sont pas « à la rue » lors de l'enquête, mais les identifier est moins coûteux. D'où le choix de ce ratio.

29. Toute estimation de coût demanderait à être fondée sur une enquête pilote. En particulier, le coût du scénario 5 dépend fortement de la proportion, à préciser, de sans-abri parmi les personnes sans domicile ni hébergement stable domiciliées.