



**Equipe mobile santé mentale communautaire**

# **Mortalité des personnes sans abri à Marseille**

**Premières données et premières analyses**

*janvier 2009*

# I. Introduction: quelques données statistiques sur la mortalité des personnes sans abri

Les données internationales concernant la mortalité des personnes sans abri restent rares et de qualités inégales. Une première étude sérieuse a été menée en Suède entre 1969 et 1971 (Alstrom et al, 1975), sur un échantillon de 327 personnes décédées sans abri. La mortalité observée était quatre fois supérieure à la mortalité estimée en population générale

Plusieurs études faites sur une population de patients psychiatriques montrent des taux de mortalité bien supérieurs à la population générale mais bien inférieurs à la population sans abri. Haulgand et al (1983) ont trouvé des ratios de mortalité observée par rapport à la mortalité estimée chez les 15-44 ans d'environ 4,12 soit la moitié moins que le ratio observé dans la sous population sans abri de l'enquête d'Alstrom. Dans une autre enquête Strut (1983) obtient un ratio de mortalité standardisé de 2,4 pour les utilisateurs à long terme de services psychiatriques communautaires. Les travaux d'Amdur et Soucherk (1981) arrivent à des résultats similaires.

A la lumière de ces résultats il semble que les pathologies psychiatriques ne puissent expliquer à elles seules l'excès de mortalité des personnes sans abri.

Une étude anglaise publiée dans le Lancet en 1977 (Mould et al) confirme le rôle prépondérant de facteurs sociaux et notamment de celui du logement inadéquat souligné par ailleurs par l'OMS comme un déterminant social de santé essentiel (OMS, 2005).

Selon la revue de la littérature effectuée par Louise Fournier et Céline Mercier (1996) sur les personnes sans domicile fixe, l'étude épidémiologique la plus élaborée à avoir porté sur la question de la mortalité a été effectuée à Atlanta en 1987 (MMWR, 1987). Les auteurs ont étudié les certificats de décès correspondant à une période de 6 mois de toute la ville. Ils ont identifié, parmi les personnes décédées 40 personnes "sans abri".

Alors que 48% des décès étaient accidentels, 40 % étaient attribuables à des causes dites "naturelles" (6 cas reliés à l'alcool, 3 à des convulsions, 4 à des maladies cardiaques, et 3 à des maladies pulmonaires). Cette étude s'est poursuivie et des résultats subséquents, publiés en 1993, confirment les premiers (Hanzlick R, Parrish R.G. 1993).

Enfin une dernière étude menée à Philadelphie, bien que considérée comme sous évaluant la mortalité, a confirmé un taux de mortalité 4 fois plus élevé chez les itinérants que dans l'ensemble de la population.

En France c'est l'absence de chiffre qui est particulièrement notable, rendant l'évaluation globale des politiques publiques en direction de cette sous population difficile alors que l'ensemble du monde associatif souligne de plus en plus clairement les liens de causalité entre logement et santé, et donc entre logement et mortalité.

## 2. Objectifs de la recherche

En l'absence de données sur le territoire étudié, il s'agissait de proposer une étude pilote simple de réalisation et demandant peu de moyens, cette étude n'ayant bénéficié d'aucun financement.

Nous souhaitons pouvoir avoir une première idée statistique de la mortalité et de la morbidité des personnes sans abri. Il s'agissait notamment de voir si les causes de mortalité et les pathologies des

personnes sans abri différaient ou pas de la population générale d'une part, et des données internationales sur les personnes sans abri d'autre part.

Mais cette enquête pouvait également nous permettre, grâce au service informatique, d'évaluer la fréquence des hospitalisations, et certaines orientations prise par les équipes soignantes pour la sortie de l'hôpital. Ces données pourraient être ensuite recoupées avec l'expérience de terrain de l'équipe mobile psychiatrie/précarité.

Les résultats attendus étaient la confirmation d'une espérance de vie très inférieure à la population générale et un accès aux soins effectifs médiocre.

Nous souhaitons nous appuyer sur ces résultats pour mettre en évidence le manque de données scientifiques sur cette population et remobiliser les acteurs publics sur cette question.

Nous espérons pouvoir notamment, croiser ces données avec les données de terrains et ainsi dégager et proposer des stratégies de développement et de facilitation de l'accès à des soins effectifs (nouvelles modalités d'accueil, les PASS...).

### **3. Description de la méthode de l'enquête**

#### **A. Définition de la population cible**

Une première difficulté est celle de la définition de la population cible. Les personnes sans abri sont aussi définies comme sans domicile fixe, itinérantes, grandes exclues. La définition même de "sans abri" varie selon les enquêtes et les pays.

Elle a évolué au cours du temps (Chamberlain et Mackenzie 1992), rendant les comparaisons entre les études difficiles (Bachrach L, 1984). La tendance des épidémiologistes (Koegel, 1988) sous l'influence des données anthropologiques (Hopper,2003) et sociologiques (Rowe,1995) a été de prendre une définition qui permettait de décrire une population ayant une expérience et des conditions de vie similaires.

Nous nous sommes inspirés des définitions des grandes enquêtes épidémiologiques anglo-saxonnes des années 90 effectuées dans les grandes villes occidentales. Nous avons ensuite tenté d'adapter ces définitions théoriques aux réalités complexes de la ville de Marseille, grâce à la présence au sein de l'équipe de recherche d'acteurs de terrain de longues dates.

Nous avons donc retenu comme définition de la 'personne sans chez soi', les personnes :

- vivant dans la rue
- vivant dans des squats
- vivant dans logement indignes/insalubres
- vivant dans les foyers
- vivant dans les hôtels meublés des quartiers précaires
- vivant en prison
- ayant leur adresse à l'hôpital, dans des accueils de jour, ou des associations

#### **B. Méthode de récolte des données**

Cette étude n'est pas exhaustive, ne portant pas sur toutes les personnes sans abri mortes en 2006 à Marseille.

Une première récolte de données a été faite dans un service de médecine légale où les dossiers de levée de corps consultables (environ 1/3) de l'année 2006, soit 236 dossiers, ont été révisés ce qui a permis de retenir 18 dossiers de personnes sans chez soi selon la définition retenue au moment de leur mort.

L'avantage de cette approche est qu'elle permet, contrairement au certificat de décès, d'avoir une idée assez précise de la mort mais aussi de l'état corporel global de la personne (état dentaire, état des téguments, propreté, parasite), de ses habits et de l'endroit où elle est morte. Ainsi, les cas de personnes vivant dans un logement inadéquat (indigne/insalubre) ont pu être intégrés. L'autre avantage de cette approche est qu'elle permet d'inclure dans l'enquête des personnes mortes sur la voie publique. En revanche ces données ne concernent que les personnes ayant une mort suspecte.

De ce fait, le service informatique de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille a également été sollicité, afin de pouvoir récolter sur l'année 2006 les personnes mortes à l'hôpital qui correspondraient à la définition de la catégorie « sans chez soi ». Une quarantaine de personnes ont été retenues. Les sites de la recherche se limitent aux 4 sites de l'AP-HM (Nord, Sud, Conception, Timone).

La présence de soignants travaillant dans une équipe psychiatrie/précarité, détachés de l'hôpital et créé en partenariat avec Médecins du Monde, pour effectuer un travail de rue quotidien, a permis de décrire qualitativement les conditions d'existence et aussi parfois de mort des personnes.

Nous avons recherché les données suivantes :

- âge de décès
- sexe
- lieu de vie
- motif d'hospitalisation
- pathologies les plus développées
- addictions
- troubles psychiatriques associés
- fréquences d'hospitalisation et les durées de séjour
- suivi
- incidence des diagnostics multiples
- travail de partenariat/réseau (articulation)

## 4. Les premiers résultats

**Nombre de dossiers :** 44

- 26 en services de soins par la DIM
- 18 à l'UML (Unité de médecine légale)

**Choix des dossiers:**

- personnes de la rue : vérification des adresses administratives (toutes ces personnes ont soit une domiciliation, soit sont notées "rue" comme adresse, soit ont une adresse de foyer d'urgence ou d'accueil de nuit)
- personnes décédées au cours de l'année 2006
- dossiers traités par l'AP-HM

**Sexe:**

- 7 femmes
- 37 hommes

**Age:****Femmes:**

- de 20 à 30 ans: 1/7
- de 30 à 40 ans: 2/7
- de 40 à 50 ans: 3/7
- de 50 à 60 ans: 1/7
- moyenne d'âge de décès: 41 ans

**Hommes:**

- de 20 à 30 ans: 2/37
- de 30 à 40 ans: 3/37
- de 40 à 50 ans: 9/37
- de 50 à 60 ans: 7/37
- de 60 à 70 ans: 9/37
- > 70 ans: 7/37
- moyenne d'âge de décès: 56 ans

Selon l'INSEE, l'espérance de vie pour un homme est de 77 ans et pour une femme de 84 ans.

**Modes d'admission à l'AP-HM:**

- 26 par les services des urgences soit 59%
- 18 en UML soit 41%

**Les orientations de soins:**

- 9 retours à domicile avec décès dans les jours, semaines et mois suivants, soit 20,45%
- 5 hospitalisations avec décès dans le service, soit 11,36%
- 12 décès en post urgences, soit 27,27%
- 18 arrivées décédées, soit 40,90 %

**Les motifs d'hospitalisation et les causes de décès:**

- pathologies digestives: 9 soit 20,45%
- pathologies pulmonaires :7 soit 15,90%
- pathologies psychiatriques :4 soit 9,09%
- pathologies ORL: 4 soit 9,09%
- pathologies cardiaques :2 soit 4,54%
- pathologies infectieuses :1 soit 2,72%
- suicides :7 soit 15,90%
- cause inconnue:6 soit 13,63%
- mort naturelle:4 soit 9,09%

## 5. Analyse des résultats

### A. Mortalité

Avec une espérance de vie de 44 ans pour les femmes nous sommes à une moyenne d'un des pays les plus pauvres du monde comme la République Démocratique du Congo ou le Libéria. L'espérance de vie des hommes est plus haute, 56 ans, mais proche de l'espérance de vie des pays en voie de développement. Si en population générale les femmes ont une espérance de vie supérieure aux hommes, dans la sous population sans-abri le taux mortalité est bien plus important. Parmi les sans-abri, les personnes présentant des problèmes de

santé mentale (addictions et pathologies psychiatriques) ont une espérance de vie encore plus basse: 37 ans.

## **B. Santé mentale et suicide**

Un des chiffres les plus surprenants de cette enquête est le taux de suicide de 15 %. Au vu du biais de sélection par l'unité de médecine légale (mort suspecte) d'où viennent les 7 personnes s'étant suicidées nous devons, certes, relativiser ce résultat.

Mais si nous avons une approche par les conduites à risques, en croisant les données de terrain de l'équipe de rue, il apparaît que ces personnes sont souvent dans des situations à risques ou qu'elles se mettent en danger par les comportements qu'elles adoptent. L'un des plus évidents est celui de la consommation de substances psychoactives. Les personnes sans abri consomment beaucoup, sans choisir souvent les produits, sans avoir une connaissance approfondie des effets et des modalités pratiques habituelles des usagers plus "expérimentés". Si dans les années 60 les consommateurs avaient souvent un produit d'élection, aujourd'hui une majorité des personnes ont un mésusage des substances psychoactives, avec des produits de plus en plus variés et nouveaux.

De nombreuses personnes dites usagères de substances psychoactives ont des pathologies psychiatriques sévères (trouble de l'humeur, schizophrénie) ou plus légères (phobie sociale, anxiété, angoisse). Les données internationales révèlent que dans la population sans-abri, les personnes ayant des addictions ont dans plus de la moitié des cas des pathologies psychiatriques associées. Cette enquête sous-estime le nombre de personnes atteintes de pathologies psychiatriques car celles-ci sont sous-diagnostiquées et sous-traitées en population générale et encore plus dans des sous populations précarisées.

**Composition:** deux femmes pour 4 hommes

**Lieux de suicide :**

- 2 en prison
- 1 rue
- 1 hôtel meublé
- 1 domicile de la mère
- 1 clinique psy

## **C. Pathologies respiratoires et tuberculose**

Dans les années 90 des enquêtes parmi les personnes sans abri mettaient en évidence une recrudescence de la tuberculose, notamment avec l'apparition des germes multi résistants aux antibiotiques (Pathologie typique de la pauvreté, Farmer, 2001). Elle est un symptôme des inégalités croissantes dans les pays riches.

## **D. Morbidité**

Si les causes de décès ne sont pas toujours connues avec précision, les données relèvent néanmoins le plus souvent des problèmes somatiques multiples.

## E. Accès aux soins

Une première remarque est celle du problème de l'accès aux soins. La littérature souligne notamment que les patients atteints de schizophrénie meurent de façon prématurée plus souvent pour des raisons cardiovasculaires que par suite de suicide (Hennekens, 2007). Une des raisons avancées est la carence d'accès à des soins généraux pour les patients psychiatriques. Plusieurs études soulignent par ailleurs la "mauvaise" utilisation du système de soin par les personnes SDF? Cette mauvaise utilisation, ou cette difficulté à accéder à des soins effectifs, auraient plusieurs explications.

## 6. Bibliographie

Alstrom, C.H., R. Lindelius and I. Salum.1975."British Journal of Addiction, Alcohol and Other Drugs 70:245-252

Amdur M., Sourcherk J. 1981. "Death in After Care". Comprehensive psychiatry services.22:619-626

Asander H. 1980."A Field Investigation of Homeless Men in Stokholm." Acta Psychiatrica Scandinavia". Suppl 281:1-125

Bachrach L.1984."Interpreting research on the homeless mentally ill. Some Caveats". hospital and community Psychiatry 35:914-916.

Chamberlain C, Mackenzie D.1992."Understanding Contemporary Homelessness - Issues of definition and Meaning"Australian Journal of Social issues 27:274-297

Denis M. L.1991."Changing the conventional Rules: Surveying homeless people in non conventional locations." housing policy debate 2:701-732

Emmanuelli X, Grosset 2003.Tuberculose et pauvreté. La revue des maladies respiratoire. 20:169-71

Fournier L, Mercier Céline. 1996. Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype. Edt Méridien.Québec

Hanzlick R and Lazarchick J.1989."Health Care History and Utilization for Atlantians, who died homeless." journal of medical association of georgia 78 : 205-208

Hanzlick R., Parrish R.G.1993."Deaths among the homeless in fulton County, GA 1988-90". Public Health reports 108:488-491.

Haugland G. Craig JJ, Goodman A.B, Siegel C. 1983. "Mortality in the Era of deinstitutionalization." American Journal of Psychiatry 140:88-852

Koegel P, Burnam MA.1988. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry. Nov; 45(11):1011-8.

OMS.2005. Créée en mars 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé est l'instrument par lequel l'Organisation mondiale de la Santé présente aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions sociales pour la santé. Le manque d'argent, un logement inadéquat, des conditions de travail peu sûres et le manque d'accès aux prestations de santé figurent parmi les déterminants sociaux de la santé qui sont la cause d'inégalités dans et entre les pays. Site internet: [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html) (consulté le 7 mars 2008).

MMWR,1987.Deaths among the Homeless, Atlanta, Georgia". Journal of the american medical association 257:3191-3192

Mould R.F., Wrighton K.,Pickup D.S.1977. "Mortality in a Lodging House." Lancet.2:1180-1181

Rowe. M. 1995. Crossing the border, Encounter between Homeless People and Outreach Workers. University of California Press

Rue 89. 2007. Article écrit par la journaliste lise barcellini le 20 décembre 2007 (article consulté le 7 mars 2008. <http://www.rue89.com/2007/12/20/on-ne-compte-pas-les-sdf-morts-dans-la-rue>)

Strut E. 1983."Mortality in a cohort of long-term users of Community Psychiatric services." Psychological Medecine 13:441-446

Hennekens CH.2007.Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia.J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 4:4-7.