Rapport d'étude

Rapport d'étude

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Les Personnes

Sans Domicile Fixe

Usagères **des services d'aide**

A La Réunion

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFECTURE DE LA RÉUNION
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

CODESS

Août 2010

Remerciements

Nous souhaitons d'abord remercier l'ensemble des structures qui ont aidé au recensement des personnes SDF, le 21 janvier 2010.

Nous remercions également les personnes qui ont accepté d'être interrogées :

- professionnels,
- bénévoles,
- personnes SDF.

Enfin, nous remercions Anny Grondin pour les citations en créole, les membres du Comité de Pilotage pour leur participation et le Pôle Social de la DRASS, pour le financement de l'étude.

Composition du Comité de pilotage

Pôle Social – DRASS
J. VIALLET
C. PAWLACK
F. MILLOT

Service Statistiques – DRASS
C. CATTEAU
M. CELLIER

FNARS Océan Indien
R. PAWLACK

Croix-Rouge Française
C. HOLMAN
H. ROBERT

Fondation Abbé Pierre
C. BALLET

UNCCAS / CCAS / CIAS
P. GOSSARD
J. LOMBARDIE
J. VAYTILUNGOM

Association Agir contre l'exclusion
G. MAESEN

Association Espace Solidarité de St-Benoît
J. LANGEVILLIER

Association AREP
C. PAYET

Association La Halte Père Etienne Grienenberger
R. LAURET
FONTAINE

Médecins du Monde – Mission Océan Indien
R. GROSSE

IRTS
E. GOVINDIN
H. BAWEDIN

Association AHOI
K. LEBON

115 – Conseil Général
G. BAUD

Observatoire Régional de la Santé de La Réunion
Dr E. RACHOU
N. SAVARD
M. RICQUEBOURG
S. CHOPINET

Sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AHOI	Association Humanitaire de l'Océan Indien
ALT	Allocation Logement Temporaire
APAL	Association Pour l'Accès au Logement
AREP	Association Réunionnaise d'Education Populaire
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
CAA	Consultation Avancée en Alcoologie
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHAU	Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgence
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CODESS	Coordination de l'Observation Des Etudes Sociales et Sanitaires
CRF	Croix-Rouge Française
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DALO	Droit Au Logement Opposable
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EDSI	Espace Dionysien de Solidarité et d'Insertion
EMSP	Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie
EPSMR	Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion
ESI	Espace Solidarité Insertion
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
FSL	Fonds Solidarité Logement
GHER	Groupe Hospitalier Est Réunion
GHSR	Groupe Hospitalier Sud Réunion
GUT	Groupement d'Unités Territoriales
INED	Institut National Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRD	Institut Robert Debré
IRTS	Institut Régional du Travail Social

LHSS	Lits Halte Soins Santé
MdM	Médecins du Monde
NR	Non Renseigné
NSP	Ne sait pas
ODR	Observatoire du Développement de La Réunion
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PARSA	Plan d'Action Renforcée en direction des Personnes Sans Abris
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSA	Permanence Sociale d'Accueil
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSO	Revenu de Solidarité
SAHIR	Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion de La Réunion
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAO	Service d'Accueil et d'Orientation
SDF	Sans Domicile Fixe
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale

Sommaire

Sommaire

CONTEXTE 9

DEFINITION – DE QUI PARLE-T-ON ? 10

SITUATION EN FRANCE 11

- ***Combien sont-ils ?*** *11*
- ***Qui sont-ils ?*** *11*
- ***Quelle prise en charge ?*** *12*

SITUATION A LA REUNION 12

BESOIN D'INFORMATION DES POUVOIRS PUBLICS 13

OBJECTIFS 14

OBJECTIF GENERAL 15

OBJECTIFS SPECIFIQUES 15

OBJECTIF FINAL 15

METHODOLOGIE 16

METHODOLOGIE GENERALE 17

DEFINITIONS ET POPULATION D'ETUDE 17

ZONE GEOGRAPHIQUE ET CHAMP D'INTERVENTION 18

METHODES UTILISEES 18

- ***Enquête quantitative*** *18*

Modalités de recueil *18*

Déroulement pratique *19*

- ***Enquête qualitative*** *19*

Modalités de recueil *20*

Déroulement pratique *21*

- ***Recueil complémentaire d'informations existantes*** *21*

EXPLOITATION DES DONNEES 22

- ***Enquête quantitative*** *22*
- ***Enquête qualitative*** *22*
- ***Recueil complémentaire d'informations existantes*** *23*
- ***Analyse croisée des données*** *23*

DESCRIPTION DES PERSONNES SDF USAGERES DES STRUCTURES D'AIDE 24

RECENSEMENT DES PERSONNES SDF UTILISANT DES STRUCTURES D'AIDES 25

- ***Près de 370 SDF ont fréquenté les structures d'aides le 21/01/2010*** *25*
- ***Des personnes SDF rencontrées essentiellement dans les structures du Nord et du Sud de l'île*** *26*
- ***Des personnes SDF, majoritairement dans la rue*** *28*
- ***Les Boutiques Solidarité en première ligne …*** *30*

PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE 31

- ***Un public essentiellement masculin*** *31*
- ***Des personnes SDF âgées majoritairement entre 35 et 54 ans*** *31*
- ***Jeunes majeurs et déjà exclus*** *33*
- ***Une population au deux-tiers originaire de l'île*** *34*
- ***Des personnes principalement seules*** *35*
- ***Les prestations sociales comme ressources financières*** *35*

ORIGINES ET ANCIENNETE DE LA PERTE DE LOGEMENT 37

- ***Le rôle important du contexte familial dans la perte de logement*** *37*
- ***Une situation ancienne pour près d'un-quart du public*** *38*

LES MOTIFS DE RECOURS AUX DISPOSITIFS EXISTANTS *40*

ACCUEIL – ORIENTATION - DOMICILIATION 42

L'orientation *43*

- ***L'orientation, l'affaire d'une multitude d'acteurs*** *43*
- ***Un dispositif spécialisé dans l'orientation, le 115*** *44*
- ***Les Missions Locales, un acteur clé dans l'orientation des jeunes SDF*** *46*

L'accueil des personnes SDF *47*

- ***Le premier accueil des personnes SDF par le biais des prestations de base*** *47*
- ***La recherche d'écoute et de lien social*** *51*
- ***Les ateliers occupationnels de jour*** *52*

La domiciliation, un droit fondamental *53*

- ***Divers lieux de domiciliation*** *53*
- ***Les éléments de la loi sur la domiciliation*** *54*
- ***Des problèmes persistants liés à la domiciliation*** *55*
- ***La domiciliation, une porte d'entrée vers la réinsertion*** *56*

L'AIDE ADMINISTRATIVE 56

HEBERGEMENT 57

Des difficultés d'accès aux solutions d'hébergement *58*

- ***Les « hommes isolés SDF » perçus comme non prioritaires*** *58*
- ***Un manque de places en hébergement d'urgence*** *58*
- ***Un accès difficile aux structures d'hébergement temporaire*** *60*

Des problèmes liés à l'hébergement des personnes SDF *61*

- ***Le rapport au squat*** *61*
- ***Une dimension territoriale importante*** *61*
- ***La prise en charge difficile du public SDF*** *64*

L'objectif à terme : l'intégration vers et dans un logement autonome 65
- ***Un contexte local non facilitateur*** 65
- ***Accompagnement dans la recherche d'un logement*** 65
- ***Accompagnement dans le maintien du logement*** 66
- ***« Les marchands de sommeil »*** 66

SANTE 67

Un accès aux droits de santé relativement satisfaisant 68
- ***Une majorité de personnes SDF couverte par la CMU*** 68

Source : enquête un jour donné 69
- ***L'ouverture ou la mise à jour des droits de santé : l'affaire de plusieurs acteurs*** 69
- ***Exemples de mesures préventives permettant d'éviter les ruptures de droit de CMU*** 70

Des problèmes d'accès aux soins 71
- ***Une demande de soins peu exprimée*** 71
- ***Une mauvaise utilisation du système de droit commun des usagers SDF*** 72
- ***Des freins institutionnels qui ne favorisent pas l'accès aux soins*** 74
- ***Les permanences médicales de Médecins du Monde (MdM) : une solution palliative*** 78

Des problèmes de santé récurrents 80
- ***Motifs de recours ou problèmes les plus rencontrés lors des permanences de MdM*** 80
- ***La problématique psychiatrie*** 81
- ***La problématique des addictions*** 83

DISCUSSION 85

Limites de l'étude 86
- ***Limites conceptuelles*** 86
- ***Limites organisationnelles*** 86
- ***Limites structurelles*** 87

Eléments positifs 88
- ***Méthodologie renforcée*** 88
- ***Les éléments de l'étude attendus et appréciés*** 88

CONCLUSION 89

REPERES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES 92

ANNEXES 95

Annexe 1 : Questionnaire de la phase quantitative 95
Annexe 2 : Lettre d'informations aux partenaires 97

SYNTHESE 98

Contexte

Contexte

Définition – De qui parle-t-on ?

Dans nos sociétés actuelles et développées, des personnes continuent d'être privées de « chez soi » pour des raisons structurelles, institutionnelles ou personnelles, comme l'a rappelé en 2005 le rapport européen de la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri). Ces individus qui ne bénéficient pas ou plus d'un domicile ou d'un endroit permanent pour vivre, sont qualifiés de vagabonds, de clochards ou de mendiants, et sont relégués à la plus basse classe sociale, à l'image d'une extrême pauvreté. Ces personnes sont aussi qualifiées de personnes marginalisées, exclues, démunies, en errance, et dont l'espace de vie appartient plus à l'espace public et parapublic que l'espace privé. C'est au milieu des années 1980 que l'appellation de SDF, « Sans Domicile Fixe » succède aux notions de vagabond, chemineau, clochard, …

Il a toujours été difficile de nommer et de dénombrer les SDF. Comme le rappelait la réunion de consensus sur les sans-abris en 2007, « *quel que soit le terme utilisé (« sans-abri », « sans domicile fixe », « grand exclu » ou « gens de rien », …), les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Contrairement au sens commun qui définit la personne sans domicile comme celle qui dort dehors et plus directement celle qu'on voit dans la rue, il y a un consensus sur le fait que les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population ».*

En France, comme au Etats-Unis, les définitions restent centrées sur la privation de logement. Plusieurs pays européens, au contraire, incluent au critère d'absence de logement, des critères d'exclusion sociale. En 1993, le Conseil de l'Europe avait retenu comme définition officielle le terme de « sans-logis », en le définissant comme : « une personne ou une famille socialement exclue de l'occupation durable d'un logement personnel convenable c'est-à-dire personnellement et socialement acceptable ». En France, il n'y a pas de définition officielle des sans domicile énoncée dans une loi dont le but serait de leur procurer un hébergement ou un logement.

Depuis une vingtaine d'années, les statistiques et les études sur les personnes sans domicile se sont multipliées en France, comme en Europe, mais avec une grande hétérogénéité des définitions et des populations concernées. Les connaissances sur les différentes typologies des personnes sans domicile fixe, sur leurs trajectoires, sur leurs problèmes médico-sociaux ont grandement progressé, grâce notamment à des études de l'INED et de l'INSEE[1].

L'INED a conduit la première enquête sur les personnes sans domicile dans Paris en 1995. En 2001, l'INSEE a réalisé une enquête en adoptant une approche fondée sur la situation au regard du logement et

[1] Cf. bibliographie sur les études INSEE 2001 et 2006, Travaux et documents de l'INED en 2000.

non sur la visibilité dans l'espace public ou d'autres critères d'exclusion. Ainsi, la situation des sans domicile est définie par la combinaison de deux critères :

- un critère morphologique, le type d'habitat (vivre dans la rue ou dans un centre d'hébergement),
- un critère juridique, le statut d'occupation (vivre dans un squat ou être hébergé par des parents ou des amis).

Selon la définition des sans-domicile de l'INSEE, « *une personne est dite sans domicile un jour donné, si la nuit précédente, elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune, …)* ». Cette définition constitue à l'heure actuelle un cadre de référence en France.

Situation en France

▪ *Combien sont-ils ?*

Selon l'enquête effectuée en 2001 par l'INSEE, 86 500 personnes étaient sans domicile en France (70 000 adultes accompagnés de 16 000 enfants). Plus précisément au cours d'une semaine du mois de janvier 2001, près du quart des adultes sans domicile (23%) dormaient dans la rue ou dans un centre d'hébergement fermé en journée et 8% étaient des personnes sans abri : usagers des services d'aide qui ont dormi dans un lieu qui n'est pas prévu pour l'habitation, un espace fermé et privé (voiture, cave, usine…) ou un espace public (métros, gares, centres commerciaux, …).

Ce décompte a laissé à l'écart les personnes qui n'utilisaient pas les services d'aide, estimées de 10 à 15% de la population des sans-abris selon une enquête complémentaire de l'INED. Avant cette enquête de 2001, les estimations du nombre de sans-abris variaient entre 100 000 et 800 000 personnes, les associations d'aide aux sans-abris retenant une définition plus large des personnes sans domicile.

Neuf ans après cette première enquête nationale qui a permis le recensement de la population des sans-abri en France, la Fondation Abbé Pierre, dans son rapport 2010 sur l'état du mal logement en France, estime à 100 000 le nombre de personnes sans domicile fixe. Tous les observateurs s'accordent pour dire que cette estimation est un minimum au regard des besoins conséquents révélés par les sollicitations aux 115 (numéro d'urgence sociale) ou encore les niveaux de financement consacrés aux chambres d'hôtel.

▪ *Qui sont-ils ?*

Selon l'enquête de 2001 de l'INSEE, la population des SDF est une population plutôt masculine et jeune. Seulement 3% des femmes parmi les SDF dormaient depuis plus d'un an dans la rue ou dans des abris de fortune. La part des étrangers au sein de cette population (29%) était quatre fois plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la population. Un tiers avait un travail (ouvriers ou employés sans qualification souvent), et près de ¾ disaient entretenir des relations avec des membres de la famille ou des amis.

▪ *Quelle prise en charge ?*

Pour accueillir ces personnes, essentiellement localisées dans les grandes agglomérations, de nombreux dispositifs existent. La prise en charge des sans-abris est aussi difficile à délimiter que la population à laquelle elle s'adresse : des acteurs de nature variée (associations, institutions publiques et privées) et à des niveaux territoriaux variés participent à l'élaboration de mesures spécifiquement destinées à la population sans-abri, comme des mesures touchant plus généralement cette population.

La prise en charge des SDF rassemble des dispositifs, des mesures, des programmes, des équipements, des actions, des organismes, des budgets spécifiquement consacrés aux personnes SDF, auxquels s'ajoutent des programmes plus larges développés dans le domaine de l'aide et de l'action sociale, de l'emploi, du logement, de la santé qui concernent indirectement cette population.

La prise en charge des personnes SDF s'articule autour des axes suivants :

- **l'hébergement :** *centre d'hébergement d'urgence (CHU), centre d'hébergement de stabilisation, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidences sociales (comme les foyers de jeunes travailleurs ou foyers de travailleurs migrants), les maisons relais, le dispositif ALT, et autres dispositifs d'hébergement d'urgence (nuitées d'hôtels, …) ;*
- **l'aide alimentaire :** *distribution de repas dans la journée, distribution de colis alimentaires, restaurant social, épicerie sociale, boutique solidarité ;*
- **les maraudes** *: dispositif assuré généralement par les associations (**SAMU social**) et qui consiste à aller à la rencontre des personnes à la rue pour leur apporter soutien et réconfort, et les orienter vers un lieu d'hébergement ;*
- **l'accueil, l'information et l'orientation des personnes à la rue :** le 115, *numéro d'urgence de la veille sociale, les espaces solidarité insertion (ESI), les kiosques d'informations et d'autres dispositifs innovants recensés localement ;*
- **l'accompagnement social** : *permanences sociales d'accueil (PSA), les boutiques solidarités, les associations, les dispositifs innovants d'initiative locale, …*

Les structures peuvent cumuler l'un ou l'autre de ces services proposés aux plus démunis.

Situation à La Réunion

A La Réunion, les problèmes liés à la question de la présence de SDF sont pris en compte à partir des années 1980. Des associations caritatives et à vocation humanitaire s'investissent pour faire prendre conscience aux pouvoirs publics de l'urgence de la mise en place d'une politique sociale d'accompagnement des personnes en grande précarité sociale.

La mise en place du RMI en 1989 dégage de nouvelles enveloppes budgétaires destinées à financer des actions d'insertion. Des structures d'accueil et d'accompagnement diverses apparaissent, comme les CHRS, l'accueil de jour de la Fondation Abbé Pierre, l'accompagnement social par diverses associations. Au milieu des années 1990, deux « Boutiques Solidarité » sont ouvertes à Saint-Denis et à Saint-Pierre. Les dispositifs de prise en charge des SDF s'étoffent au fil des années sur l'île mais ne reflètent pas tout l'éventail existant en France métropolitaine.

En ce qui concerne le nombre de personnes sans domicile fixe à La Réunion, aucune enquête officielle n'a été menée à ce jour à l'échelle du département. L'estimation réalisée en 2001 au niveau national par l'INSEE ne comprenait pas les départements et collectivités d'outre-mer.

Cependant, l'implication des associations et des structures d'accueil permet d'avancer un chiffre qui varie selon les sources et la définition retenue (sans abri, sans domicile, sans logis, sans chez soi, exclus, travailleurs pauvres, etc.…). Les estimations varient entre 400 et 800 SDF sur l'ensemble du territoire de l'île. La cause de cet écart s'explique par le fait de la difficulté dans la perception de cette population hétérogène.

En 1993, une étude menée par l'Observatoire du Développement de La Réunion (ODR) a décrit les profils sociaux des SDF de la ville de Saint-Denis uniquement.

Ainsi, les informations sont rares et ponctuelles sur les personnes sans domiciles fixes à La Réunion.

Besoin d'information des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont besoin d'informations sur la population des SDF afin de mieux identifier les besoins de ce public pour orienter les actions à mettre en place pour l'insertion, et notamment par la mise en adéquation des structures d'hébergement pour ces citoyens à l'écart du système locatif traditionnel. Cette préoccupation majeure s'inscrit dans le cadre des travaux de préparation du Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion de La Réunion (SAHIR) 2007-2011. En effet, les structures actuelles ne paraissent pas suffisantes et le SAHIR 2007-2011 prévoit notamment le développement d'accueils de nuit, la création d'un réseau de prise en charge en accueils de jour et de lits halte soins-santé.

Face à ce constat de déficit d'informations, la Direction Régionale des Affaires Sanitaire et Sociale (DRASS) a souhaité réaliser une enquête quantitative et qualitative sur la population de personnes sans domicile fixe à La Réunion. En 2009, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) a été chargé de réaliser ce travail. L'étude doit permettre d'enrichir les réflexions et les travaux afin de planifier les actions à mettre en place. Disposer de données sur ce public apparaît comme un préalable indispensable à l'action publique.

Objectifs

Objectifs

Objectif général

- Réaliser un état des lieux sur la situation des personnes sans domicile fixe à La Réunion.

Objectifs spécifiques

- Recenser les personnes SDF fréquentant les structures d'aide à ce public,
- Recueillir les perceptions des personnes SDF et des professionnels et identifier les besoins en terme de prise en charge.

Objectif final

- Mieux connaître la population SDF à La Réunion pour adapter les actions en termes d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de santé.

Méthodologie

Méthodologie

Méthodologie générale

Cette étude associe plusieurs approches, quantitatives et qualitatives, auprès des usagers et des professionnels. Cette démarche a permis d'observer les personnes se déclarant SDF et de recueillir les perceptions et les représentations des différents acteurs concernés.

Ce travail a été coordonné par un comité de pilotage constitué de différents partenaires institutionnels et associatifs : DRASS, Conseil Général, FNARS, IRTS, représentants des structures d'hébergement, Médecin du monde, Croix Rouge, représentants de l'UNCCAS/CCAS, représentants des boutiques solidarité, associations…
Cette instance avait pour rôle de définir les orientations à suivre dans le cadre de ce projet et de valider la méthodologie. Il s'est réuni à trois reprises au cours de ce travail.[2]

Définitions et population d'étude

Ce travail cible les personnes sans domicile fixe (SDF) à La Réunion.

Il est difficile d'établir une définition exacte de la personne SDF tant elle recouvre des réalités différentes. Pour notre étude, est considérée comme personne SDF, toute personne qui :

- a recours à un service d'hébergement,
- dort dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, squat, …),
- dort chez un membre de la famille ou des amis de manière momentanée ou en transit (aucun lieu de vie personnelle et durable).

Il est difficile d'accéder à l'ensemble de la population SDF. Par conséquent, l'étude s'est intéressée plus particulièrement à la « population SDF aidée », à savoir les personnes utilisatrices des dispositifs d'aide.

Notre population d'étude concernait donc :

- Les personnes de 18 ans et plus, hommes et femmes de toutes origines, **fréquentant pendant la période de l'enquête une structure d'aide spécifique aux SDF**, et se déclarant SDF ou qui ont déclaré se retrouver dans une des 3 situations évoquées ci-dessus.

[2] 24/11/2009, 23/02/2010 et 27/04/2010

Zone géographique et champ d'intervention

L'enquête concerne l'ensemble de l'île.

Elle vise les personnes recourant aux différentes structures, présentes sur toute l'île, et spécifiques aux personnes SDF. Les organismes ou dispositifs retenus dans le champ de l'étude sont :

- **les structures d'hébergement** : CHAU (Centres d'hébergement et d'Accueil d'Urgence), CHRS (Centres d'hébergement et de Réinsertion sociale), les CHU (Centres d'Hébergement d'Urgence), les relais sociaux et les associations qui peuvent héberger cette population,

- **les structures d'accueil et d'orientation pour une écoute sociale, des prestations de repas, d'hygiène et/ou de blanchisserie** : les Boutiques solidarité, le Samu social de la Croix Rouge, les CCAS, l'EDSI (Espace Dionysien de Solidarité et d'Insertion) et les diverses associations qui offrent ces prestations,

- **les structures de prestation de santé** : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) des centres hospitaliers, les permanences de médecins du monde.

Méthodes utilisées

Ce travail repose sur le recoupement d'informations selon plusieurs types de démarches :

- Une enquête quantitative un jour donné,
- Une enquête qualitative auprès des usagers et des professionnels,
- Un recueil complémentaire d'informations existantes.

▪ *Enquête quantitative*

Une enquête quantitative transversale a été mise en place afin de quantifier et décrire la population SDF de La Réunion **prise en charge un jour donné**.

Modalités de recueil

Une enquête par questionnaire en face à face a été proposée à toute personne fréquentant, le jour de l'enquête, les structures de prise en charge retenues dans le champ de cette enquête.
Pour cette enquête descriptive, 48 structures ont été identifiées et sollicitées pour réaliser l'entretien.
L'enquête s'est déroulée le jeudi 21 janvier 2010.
Ce sont les accueillants, professionnels ou bénévoles des structures, qui ont assuré le recueil des données.
Les accueillants (bénévole, assistant-e social-e, directeur-trice, …) des structures concernées ont interrogé les personnes se déclarant SDF ou perçues comme telles.
Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé et anonymisé.

Le questionnaire a été construit autour des axes suivants :

- les caractéristiques socio-démographiques de la personne rencontrée : sexe, date de naissance, lieu de naissance, l'ancienneté de la présence à La Réunion, vie en couple, lieu de domiciliation,
- la situation la veille de l'enquête : où la personne interrogée a dormi la veille, qui l'a orientée si elle a dormi en CHAU ou CHRS, motif de la présence dans la structure le jour de l'enquête,
- l'ancienneté de la situation (par rapport à la perte de logement, le motif),
- des informations complémentaires sur les principales ressources, la couverture maladie et sur les besoins en soins de santé.

Pour garantir l'anonymisation des données, un numéro individuel a été attribué à chaque personne fréquentant la structure et répondant aux critères d'inclusion de l'enquête.

Déroulement pratique

Une lettre d'information a été adressée, un mois avant le jour de l'enquête, à chaque responsable de structure spécialisée pour l'accueil et/ou la prise en charge des personnes SDF et donc susceptible de les accueillir le jour de l'enquête.
Ce courrier a été accompagné systématiquement d'un contact téléphonique pour s'assurer de la réception de la lettre et répondre aux besoins d'informations des structures si nécessaire.
Les questionnaires ont été envoyés aux structures une semaine avant le jour de l'enquête. Le nombre de questionnaires envoyés variait selon le flux estimé de personnes SDF qui seraient rencontrées le jour de l'enquête (selon les données de leurs activités respectives).
Les questionnaires ont été envoyés avec une lettre d'information, des consignes de remplissage et une enveloppe pré-timbrée pour le retour des questionnaires à l'ORS. Une fiche de renseignement complémentaire a été proposée aux structures afin d'y annoter leurs commentaires sur le déroulement de cette enquête.
Les questionnaires remplis devaient être retournés au plus tard le 27 janvier 2010. Des relances ont été nécessaires pour certaines structures.

▪ *Enquête qualitative*

Ce volet se décompose en 2 recueils d'informations, l'un auprès des personnes SDF et l'autre auprès des acteurs concernés par la prise en charge de ce public.
L'objectif de cette phase est de recenser les besoins des SDF d'après leur vécu, leur ressenti d'une part et d'après le travail des acteurs de terrain d'autre part.

Modalités de recueil

Une approche qualitative, complémentaire de la démarche quantitative, a été réalisée par l'ORS en février-mars 2010.
Des entretiens, semi-directifs, en face à face ont été menés par 2 chargées d'études de l'ORS auprès de personnes SDF et des acteurs œuvrant dans le domaine :

- 38 professionnels ou bénévoles des « principales » structures institutionnelles ou associatives (une vingtaine de structures concernées) ont été interrogées,

  Les professionnels interrogés ont été sélectionnés afin que les 4 micro-régions et tous les types de structures retenues dans le champ de l'enquête (structures d'hébergement, structures d'accueil et de prestations de base, d'écoute sociale et d'orientation, de domiciliation, structures de prestation de santé) soient représentés.
  Pour approfondir le recueil de données auprès des professionnels des structures spécialisées, des professionnels des structures de droit commun ont également été enquêtés (EPSMR, CSST, missions locales, …). La liste des structures rencontrées est présentée en annexe.

- 19 usagers ont été rencontrés individuellement dans les structures d'accueil de jour qui accueillent les SDF ou lors des maraudes :

  Les personnes ont été sélectionnées, sur la base du volontariat, principalement sur 3 critères : sexe, âge, lieu de naissance.
  17 hommes et 2 femmes, 2 de moins de 25 ans, 15 entre 25 et 54 ans, et 2 de 55 ans et +, 11 d'origine réunionnaise et 4 métropolitains.
  L'échantillon obtenu est représentatif de celui observé pour l'enquête quantitative.

Des éléments ont également été recueillis lors de réunions de groupe avec des SDF, 3 au total au cours de la période d'enquête. Les personnes ont été réunies sur la base du volontariat.

Un guide d'entretien a été élaboré à partir la bibliographie disponible sur cette problématique. La grille d'entretien abordait les thématiques suivantes :

- pour les personnes SDF :
  - le parcours de vie (récit de vie, conditions de vie actuelle, les liens familiaux ou amicaux, la fréquentation des structures d'accueil),
  - les besoins en termes de logement, d'accompagnement social et de soins,
  - les attentes, les projets personnels et professionnels.

- pour les membres des institutions et associations :
  - le fonctionnement de la structure (financement, éthique, réalité de terrain, les moyens humains et les projets, …),
  - les modalités de prise en charge des personnes SDF,
  - les interactions avec les autres structures.

Déroulement pratique

Pour les professionnels :

Les chargées d'études se sont déplacées sur toute l'île, pendant les 2 mois de la période de recueil, pour rencontrer les partenaires concernés dans la prise en charge du public SDF.

Certains entretiens n'ont pu être réalisés par manque de disponibilités des uns et des autres. A défaut d'entretien en face à face, des contacts téléphoniques avec les partenaires ont été réalisés.

Pour les personnes SDF :

Les entretiens avec les SDF se sont déroulés à l'occasion des entretiens professionnels, selon les rencontres faites les jours de déplacement dans les structures.

De même, lors des interventions dans les structures, des réunions de groupe se sont mises en place selon l'opportunité (présence de plusieurs personnes SDF volontaires).

- ***Recueil complémentaire d'informations existantes***

Ce travail de recueil et de centralisation des données s'est déroulé de novembre à février 2010. Plusieurs difficultés ont été rencontrées afin de réunir les données disponibles sur la problématique et expliquent la durée relativement longue de la collecte des données. Les données ont été recueillies soit à partir de documents officiels (rapports d'activité, ou autres documents statistiques) soit grâce à des exploitations particulières réalisées par les producteurs de données.

Les sources d'informations mobilisées sont :

- les rapports d'activités des structures d'hébergement ;
- les données du dispositif 115 ;
- les rapports d'activités des structures associatives (Médecin du Monde, …) ;
- les plans ou schémas régionaux existants ;
- les données administratives (telles les données de domiciliation des CCAS, …) ;
- …

Les éléments recueillis proviennent des données ou des rapports d'activités les plus récents (2009 au mieux, 2008 en général, voire les années antérieures pour certains) des différentes structures qui ont pour mission d'accueillir le public SDF.

Exploitation des données

▪ *Enquête quantitative*

Les questionnaires de l'enquête quantitative ont été centralisés à l'ORS.
Le recueil de 3 variables (sexe, date de naissance et commune de naissance) a permis de repérer les doublons (à savoir les personnes ayant eu recours à plusieurs structures au cours de la journée d'enquête).
Les données anonymisées ont été saisies et validées à l'ORS sous le logiciel EpiData.
L'analyse statistique des données a été réalisée à l'ORS à l'aide du logiciel EPI INFO (version 3.5.1).
Dans un premier temps, les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les variables quantitatives ont été décrites par les indicateurs suivants : moyenne, médiane, écart-type, minimum, maximum et intervalle de confiance à 95%. Les variables qualitatives ont été résumées par des effectifs et des pourcentages.
Dans un second temps, des analyses croisées ont été réalisées en fonction de :

- la zone géographique, définie en micro-région : Nord, Sud, Est, Ouest (découpage INSEE) ;
- certaines caractéristiques socio-démographiques : sexe, tranche d'âge, … (sous réserve d'effectifs suffisants) ;
- la durée d'ancienneté de la situation de SDF.

Les tests classiques ont été utilisés pour comparer les données (test du Chi2 pour les variables qualitatives et test t de student pour les variables quantitatives). Une p-value inférieure à 5% était considérée comme statistiquement significative.

▪ *Enquête qualitative*

La démarche a été de regrouper les renseignements qualitatifs selon les thématiques de l'étude : histoire de vie de la personne, problématique de l'hébergement, de l'accueil et de l'orientation, de la santé.

L'analyse des mots et du ressenti des personnes SDF interrogées devait apporter un éclairage signifiant des résultats de l'enquête quantitative, en expliquant certains constats ou en explorant les déterminants possibles des situations ou attitudes décrites chez les personnes SDF.

Les besoins exprimés par les personnes SDF et les acteurs de leur prise en charge ont été dégagés.

L'identité des personnes rencontrées a été modifiée afin de garantir l'anonymat des personnes.

▪ *Recueil complémentaire d'informations existantes*

Les données spécifiques aux personnes SDF ont été extraites des rapports d'activités quand cela était possible (public SDF clairement identifié).
Plusieurs sources d'informations mobilisées n'ont pu être exploitées faute d'exhaustivité des données, ou en raison de l'absence d'indicateurs spécifiques au public SDF.

Pour les données du 115, une demande spécifique a été faite au Conseil Général afin d'extraire les appels pour lesquels l'orientation SDF était identifiée (item « SDF » dans la rubrique « contexte-logement »). Les chiffres ont été exploités selon le sexe, le type de l'appelant (personne elle-même, professionnel, …), l'objet de l'appel, les réponses apportées et les motifs de non-hébergement, le mois de l'appel, la ville de l'appelant.

Les données de Médecin du Monde (MDM) sont issues de 2 sources d'informations : le rapport d'activité de 2009 et l'enquête réalisée par MDM auprès des usagers des permanences médicales afin de faire un état des lieux de la santé des SDF.

▪ *Analyse croisée des données*

Chaque fois que possible, les données recueillies selon les trois démarches ont été mises en parallèle afin d'élargir les connaissances sur les différents aspects de cette problématique.
Le recoupement d'informations avec les données existantes ont permis d'apporter une vision la plus complète possible sur le sujet.

Le rapport s'articule autour des thématiques suivantes :

- Description des personnes SDF fréquentant, un jour donné, les structures leur étant dédiées
- Orientation, accueil des personnes sans domicile fixe
- Hébergement
- Santé

Description des personnes SDF Usagères des structures d'aide

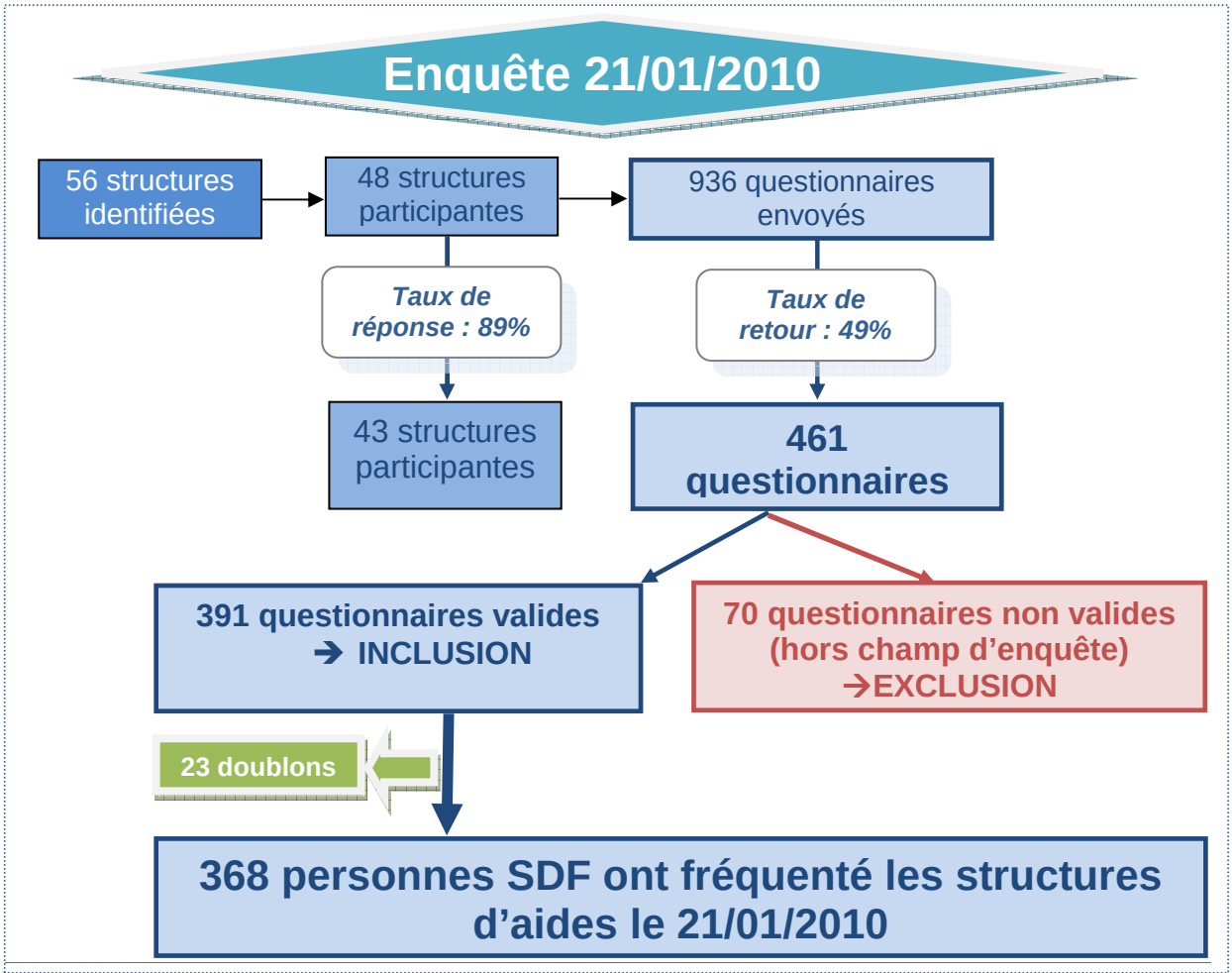
Description des personnes SDF usagères des structures d'aide

Recensement des personnes SDF utilisant des structures d'aides

- ***Près de 370 SDF ont fréquenté les structures d'aides le 21/01/2010***

Le 21/010/2010, 391 recours aux structures d'aides (hébergement, distribution de repas, …) concernaient des personnes SDF sur 461 recours signalés, soit un taux d'inclusion de 85%.
70 questionnaires retournés faisaient référence à des situations de personne ayant un domicile fixe.
Sur les 391 passages, 368 personnes ont pu être identifiées. Dans 23 situations, il s'agissait d'une personne ayant fréquenté au cours de la journée d'enquête 2 structures d'aide distinctes.
Finalement, 368 personnes se déclarant SDF ont eu recours aux services d'aides le 21 janvier 2010.

Nombre de personnes SDF ayant fréquenté les structures d'aides le 21 janvier 2010



▪ *Des personnes SDF rencontrées essentiellement dans les structures du Nord et du Sud de l'île*

La majorité des personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête l'ont été dans les régions Nord et Sud : près de ¾ des cas.

Cette répartition territoriale des personnes coïncide avec la répartition géographique des structures susceptibles de prendre en charge des SDF : la plupart des structures est concentrée dans les territoires Nord et Sud.

C'est la microrégion Est qui est la moins représentée, 9% des personnes concernées.

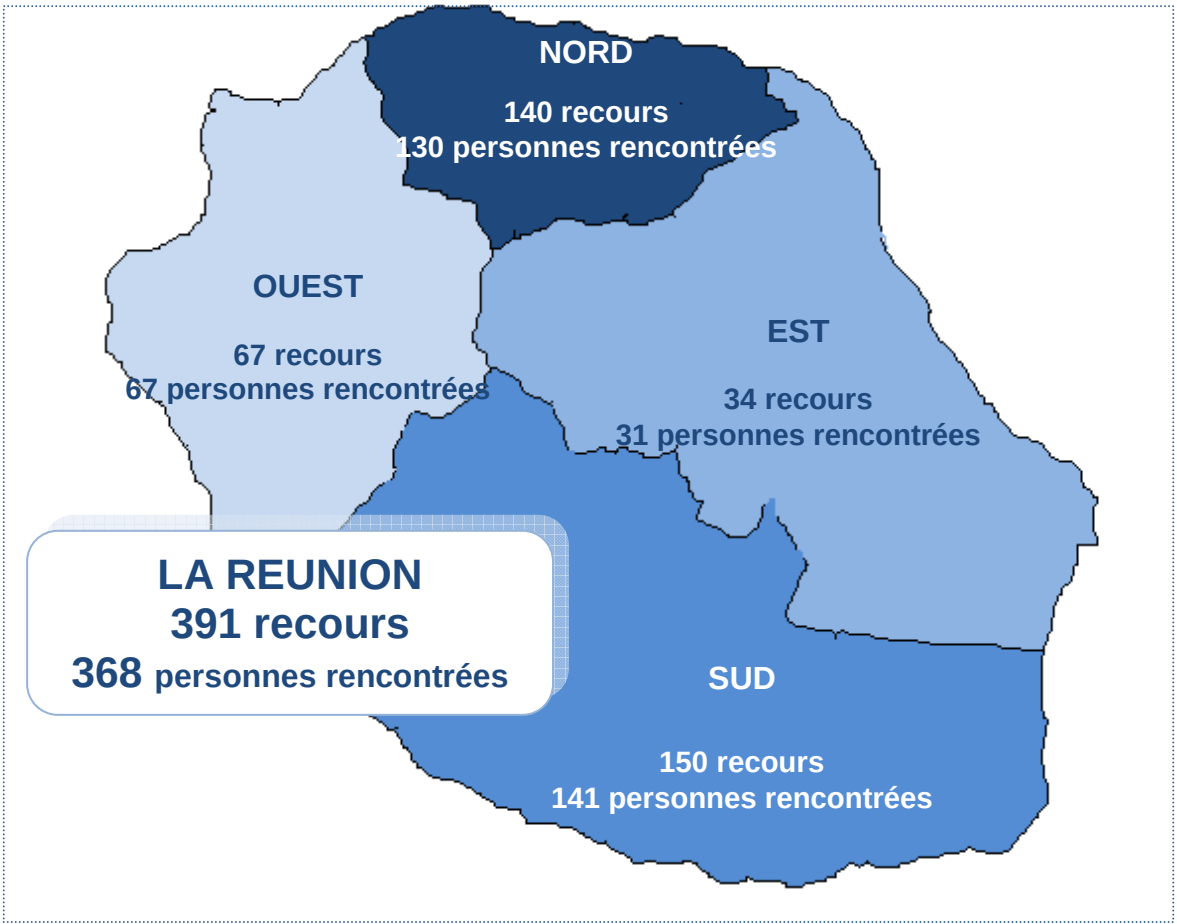
Les chiffres relatifs à la microrégion Nord ne concernent que la ville de St-Denis. Aucun signalement n'a été fait dans les 2 autres villes de cette microrégion.

Répartition des personnes ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon la région

	n	%
Sud	141	38%
Nord	130	35%
Ouest	67	18%
Est	30	8%
Total	368	100%

Source : enquête un jour donné

Effectifs et taux* de personnes SDF rencontrées dans les structures de l'île le 21 janvier 2010



Les communes de St-Denis, St-Pierre, St-Paul et St-Benoît regroupent 84% des personnes SDF ayant fréquenté les structures d'aides le 21 janvier 2010.

En l'absence de structures spécifiques, aucun SDF n'est recensé dans certaines communes plus isolées : Petite-Ile, Entre-Deux, Ste-Rose, St-Philippe, …

Répartition de recours et de personnes SDF rencontrées le 21/01/2010 selon la commune

Communes	**Nombre de recours**	**Nombre de personnes**
Saint-Denis	140	130
Saint-Pierre	121	111
Saint-Paul	53	53
Saint-Benoît	19	16
Saint-Joseph	13	13
Saint-André	12	12
Le Port	10	10
Etang-Salé	10	10
Saint-Leu	< 5	< 5
Tampon	< 5	< 5
Saint-Louis	< 5	< 5
Bras-Panon	< 5	< 5
Cilaos	< 5	< 5
Salazie	< 5	< 5
Sainte-Marie	< 5	< 5
Sainte-Suzanne	< 5	< 5
Avirons	< 5	< 5
Entre-Deux	< 5	< 5
Petite-Ile	< 5	< 5
Saint-Philippe	< 5	< 5
La Possession	< 5	< 5
Trois-Bassins	< 5	< 5
Plaine des Palmistes	< 5	< 5
Sainte-Rose	< 5	< 5
TOTAL	**391**	**368**

Source : enquête un jour donné

▪ *Des personnes SDF, majoritairement dans la rue*

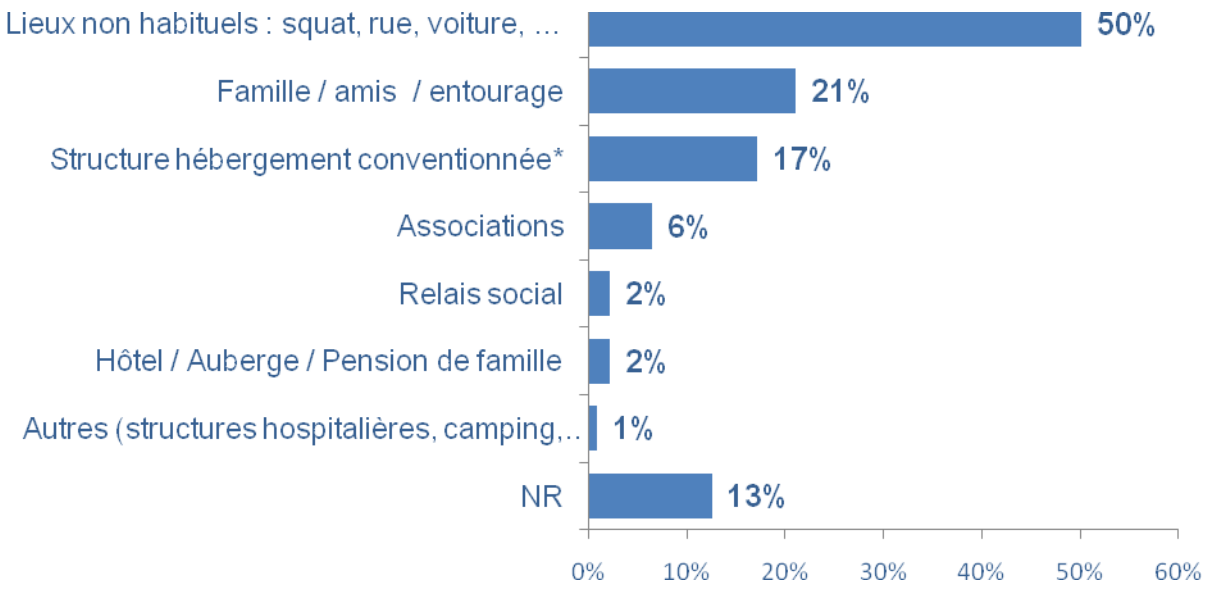
La moitié des personnes SDF rencontrées dans les structures le 21 janvier 2010 a dormi, la veille de l'enquête, dans un lieu d'hébergement non habituel, essentiellement squat/rue. D'autres lieux atypiques ont également été évoqués : voiture, plage, …

A noter l'importance du réseau informel, familial ou amical : environ 20% des personnes SDF ont dormi la veille de l'enquête chez un membre de leur entourage.

Les structures d'hébergement conventionnées représentent moins de 20% des situations.

Les personnes rencontrées ont également recours à d'autres solutions d'hébergement : le secteur associatif, les relais sociaux ou les nuitées d'hôtels ou d'auberge ont été déclarés par 10% des personnes.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu d'hébergement la veille de l'enquête



Source : enquête un jour donné

* CHRS, CHAU, APAL, Relais Social de la Fondation Abbé Pierre, …

Les fréquences des lieux d'hébergement la veille de l'enquête diffèrent significativement selon les régions ($p<0,05$). Ces résultats sont très dépendants de la répartition territoriale des dispositifs d'aides existants sur l'île.

Les solutions d'hébergement sont plus diversifiées dans les régions Nord et Sud. Les personnes SDF peuvent avoir recours notamment aux structures d'hébergement conventionnées : 27% des SDF rencontrées dans le Sud et 14% des SDF dans le Nord (aucun cas pour les 2 autres régions). A noter que la région Sud est la seule région à disposer d'un CHRS où les SDF constituent clairement un public cible pour l'hébergement temporaire.

La région Ouest se caractérise par une forte majorité de SDF ayant dormi dans un lieu non habituel la veille de l'enquête ; c'est également la région où le réseau informel constitue une part importante des solutions d'hébergement la veille de l'enquête.

Pour la région Est, malgré la faiblesse des effectifs, les situations se répartissent en proportions équivalentes entre les lieux non habituels et le secteur associatif, en l'absence de structures conventionnées d'hébergement pour ce public spécifique.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu d'hébergement la veille de l'enquête et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Squat / Rue / Parc / lieux non conventionnels	164	45%	69	49%	44	34%	40	60%	11	37%
Famille / amis / entourage	69	19%	22	16%	23	18%	18	27%	6	20%
Structure hébergement (CHAU, CHRS, APAL, Fondation Abbé Pierre)	56	15%	38	27%	18	14%	< 5	0%	< 5	0%
Associations	21	6%	< 5	3%	7	5%	< 5	0%	10	33%
Hôtel / Auberge / Pension de famille	7	2%	< 5	1%	< 5	3%	< 5	3%	< 5	0%
Relais social	7	2%	< 5	0%	7	5%	< 5	0%	< 5	0%
Autres (structures hospitalières, camping, …)	< 5	1%	< 5	1%	< 5	0%	< 5	3%	< 5	0%
NR	41	11%	6	4%	27	21%	5	7%	< 5	10%
Total	368	100%	141	101%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	327	89%	135	96%	103	79%	62	93%	27	90%

Source : enquête un jour donné

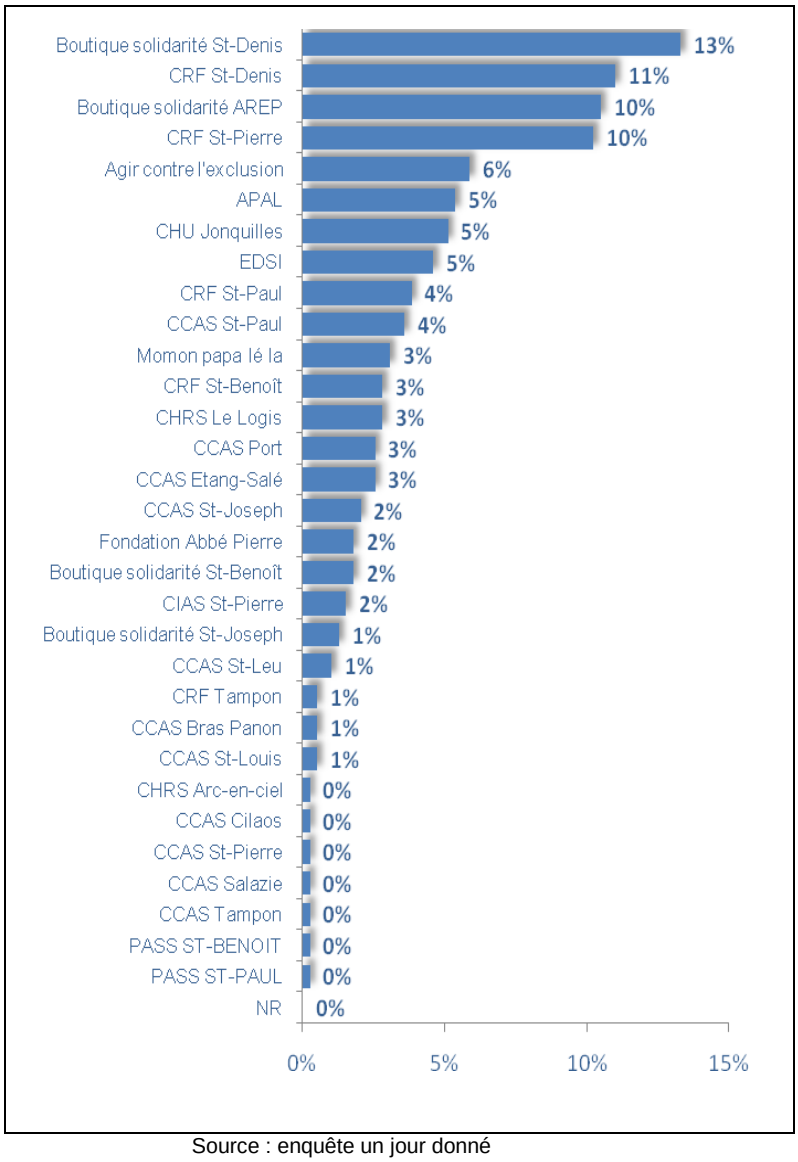
▪ *Les Boutiques Solidarité en première ligne …*

Sur les 43 structures participantes à l'enquête, 14 ont répondu ne pas avoir rencontré de personnes SDF le jour de l'enquête (soit un tiers des structures participantes). Ces dernières sont essentiellement représentées par les CCAS, les CHRS et les PASS.

Les structures les plus fréquentées relèvent du secteur associatif. Les Boutiques Solidarité et la Croix Rouge Française (CRF) ont recensé respectivement 27% et 26% des recours.
Les CCAS représentent près de 20% des recours signalés. Les fréquentations des CCAS par les personnes SDF sont notamment signalées dans les communes où peu ou pas de structures existent en terme de prise en charge de ce public.

Répartition des recours de personnes SDF selon la structure fréquentée le 21/01/2010

	n	%
Boutique Solidarité St-Denis	52	13%
CRF St-Denis	43	11%
Boutique Solidarité AREP	41	10%
CRF St-Pierre	40	10%
Agir contre l'exclusion	23	6%
APAL	21	5%
CHU Jonquilles	20	5%
EDSI	18	5%
CRF St-Paul	15	4%
CCAS St-Paul	14	4%
Momon papa lé la	12	3%
CHRS Le Logis	11	3%
CRF St-Benoît	11	3%
CCAS Etang-Salé	10	3%
CCAS Port	10	3%
CCAS St-Joseph	8	2%
Boutique Solidarité St-Benoît	7	2%
Fondation Abbé Pierre	7	2%
CIAS St-Pierre	6	2%
Boutique Solidarité St-Joseph	5	1%
CCAS St-Leu	< 5	1%
CCAS St-Louis	< 5	1%
CCAS Bras Panon	< 5	1%
CRF Tampon	< 5	1%
CCAS Tampon	< 5	0%
CCAS Salazie	< 5	0%
CCAS St-Pierre	< 5	0%
CCAS Cilaos	< 5	0%
CHRS Arc-en-ciel	< 5	0%
PASS ST-PAUL	< 5	0%
PASS ST-BENOIT	< 5	0%
NR	< 5	0%
TOTAL	391	100%



Source : enquête un jour donné

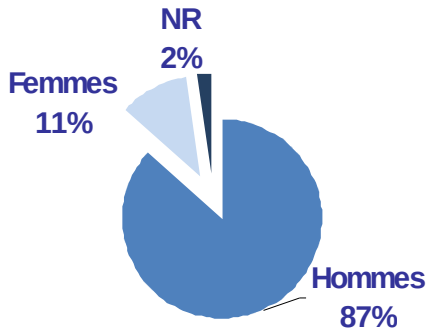
Profil socio-démographique

▪ *Un public essentiellement masculin*

La population SDF rencontrée le 21 janvier 2010 est à dominante masculine (87%).
Les femmes ne représentent qu'une personne sur 10 le jour de l'enquête.

Cette prédominance masculine est observée quelle que soit la région.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le sexe



Source : enquête un jour donné

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le sexe et la région

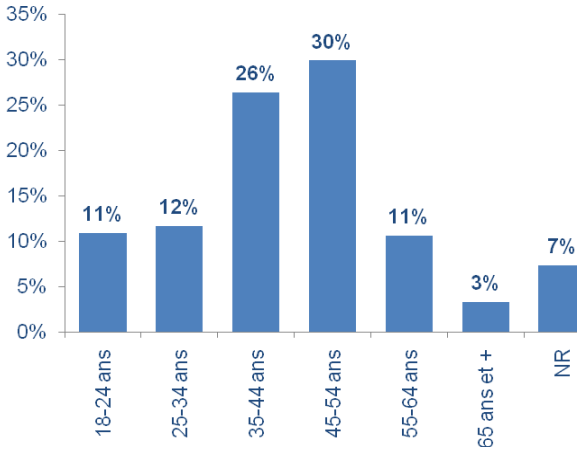
	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes	319	89%	125	89%	107	85%	59	92%	28	93%
Femmes	41	11%	15	11%	19	15%	5	8%	< 5	7%
NR	8	2%	< 5	1%	< 5	3%	< 5	5%	< 5	0%
Total	368	102%	141	101%	130	103%	67	105%	30	100%
Total renseigné	360	100%	140	100%	126	100%	64	100%	30	100%

Source : enquête un jour donné

▪ *Des personnes SDF âgées majoritairement entre 35 et 54 ans*

Les SDF recensés le 21/01/2010, a en moyenne 42 ans (±12 ans).
L'âge des personnes ayant eu recours aux structures le jour de l'enquête variait entre 18 et 77 ans.
Pour près de 7% des personnes, l'âge n'était pas renseigné (25 situations).
Les personnes âgées entre 35 et 54 ans sont les plus représentées, près de 60% des personnes.
Près d'une personne sur 10 rencontrée le jour de l'enquête a entre 18 et 24 ans. Les personnes de 65 ans ou plus sont minoritaires (moins de 5% des effectifs).

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'âge



Source : enquête un jour donné

La répartition par âge masque des disparités selon le territoire. On observe une surreprésentation des jeunes dans les régions Sud et Est (34% de moins de 25 ans dans le Sud et 24% dans l'Est contre 14% dans le Nord et l'Ouest). A l'inverse dans le territoire Nord, les plus de 55 ans sont surreprésentés (20% contre 12% dans le Sud et 4% dans l'Ouest).

Pour près de 80% des SDF de l'Ouest, l'âge est concentré entre 35 et 54 ans.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'âge et la région

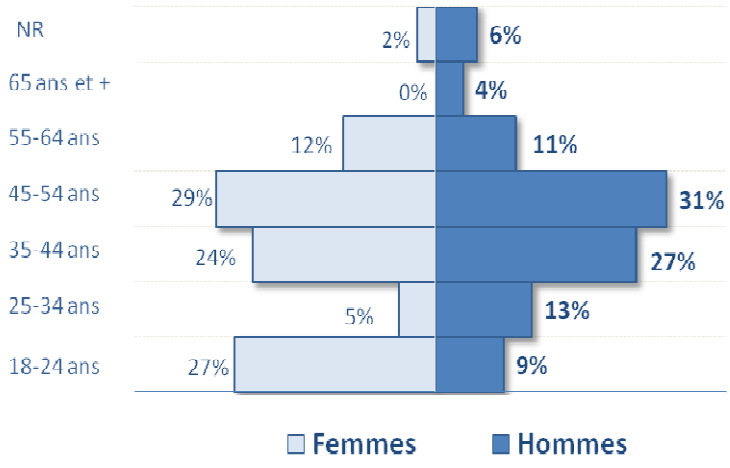
	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-24 ans	40	11%	25	18%	7	5%	< 5	4%	5	17%
25-34 ans	43	12%	22	16%	12	9%	7	10%	< 5	7%
35-44 ans	97	26%	29	21%	36	28%	21	31%	11	37%
45-54 ans	110	30%	44	31%	30	23%	30	45%	6	20%
55-64 ans	39	11%	14	10%	19	15%	< 5	4%	< 5	10%
65 ans et +	12	3%	< 5	2%	6	5%	< 5	0%	< 5	10%
NR	27	7%	< 5	3%	20	15%	< 5	4%	< 5	0%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	341	93%	137	97%	110	85%	64	96%	30	100%
60 ans ou plus	*23*	*6%*	*6*	*4%*	*11*	*8%*	*1*	*1%*	*5*	*17%*
MOYENNE (ans)	*43*		*40*		*45*		*44*		*43*	
ECART-TYPE (ans)	*12*		*13*		*12*		*9*		*15*	
MIN (ans)	*18*		*18*		*19*		*21*		*18*	
MAX (ans)	*77*		*77*		*72*		*61*		*72*	
MEDIANE (ans)	*43*		*42*		*45*		*45*		*42*	

Source : enquête un jour donné

La répartition par âge est différente selon les sexes.

Même si les âges se concentrent entre 35 et 54 ans quel que soit le sexe, la part des 18-24 est 3 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes rencontrés le jour de l'enquête.

l'enquête (21/01/2010) selon l'âge et le sexe



Source : enquête un jour donné

Répartition des personnes SDF recensés le jour de

- ***Jeunes majeurs et déjà exclus***

De plus en plus de jeunes de moins de 25 ans à la rue

Un constat préoccupant est partagé par l'ensemble des acteurs de terrain : les jeunes en difficulté sont de plus en plus nombreux à connaître la rue et la marginalité. Ces situations d'exclusion sont souvent liées à des phénomènes de rupture familiale, conséquence d'une cohabitation intergénérationnelle de plus en plus mal vécue, ou de problèmes de polytoxicomanie. « *Mi antann pi èk mon momon, èl la di amoin alé kan moin la sort la zol. Èl na dot zanfan é moin té i zèn..»,* Stéphane, 21 ans, rencontré lors d'une maraude.

Le phénomène est d'autant plus inquiétant que ces jeunes sont sans ressource financière. « *Depuis l'âge de 18 ans, je suis à la rue. J'ai fait dix ans à Lyon et à mon retour à La Réunion, ça n'allait pas avec ma mère. C'est comme ça que je me suis retrouvé à la rue.* », Florient, 28 ans. A la question « *Comment faisais-tu avant d'avoir le RMI ?* », il répond sans aucune retenue : « *Je volais, ben oui quand on n'a rien. Il fallait bien manger. Je m'en sors quand même mieux depuis que j'ai le RMI* ».

Des jeunes en errance à la sortie du dispositif ASE

Lors des entretiens, a été évoquée la problématique des jeunes sortant du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
En effet, les compétences du Département dans ce domaine se limitent aux jeunes de 21 ans. Au-delà de cet âge, les dispositifs d'aide prennent fin et ne reprennent qu'à 25 ans avec l'attribution du RMI. Cette délimitation d'âge peut générer des ruptures intervenant dans une période de construction et de transition entre l'enfance-dépendance et l'âge adulte-autonomie. Certains jeunes adultes se retrouvent alors sans solution de subsistance. « *Dopi tannti moin té plasé dann famiy dakèy, kan moin la gingn 21 nan, banna la pa gard amoin. Lé normal, zot té gingn pi larzan pou moin. Moin la rotrouv amoin dann somin …… Moin la trouv in kaz abandoné, é tou lé matin mi vien la Boutik solidarité pou manzé, mi pass la zourné terla.».* Jean, 26 ans.

Le phénomène des jeunes en situation d'errance prend de plus en plus d'ampleur. Cette problématique appelle des réponses partenariales et innovantes. Mais au préalable, il paraît important de mettre en place un dispositif d'observation permettant d'en mesurer l'envergure.

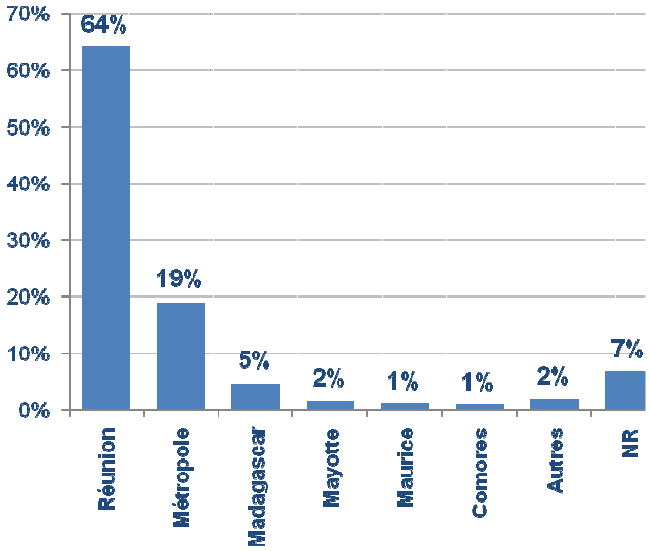
▪ *Une population au deux-tiers originaire de l'île*

Près de 2 personnes SDF sur 3 rencontrées le jour de l'enquête sont originaires de l'île.

Deux personnes sur 10 sont des métropolitains, et près de 1 sur 10 sont nées dans les îles de la zone Océan Indien.

Sur la centaine de personnes non originaires de La Réunion, plus de 4 sur 10 sont arrivées sur l'île depuis au moins 5 ans.
Près de 20% de ce public SDF sont des nouveaux arrivants (présence dont l'ancienneté n'excède pas un an).

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu de naissance



Source : enquête un jour donné

La part des originaires de l'île est plus élevée dans les régions Sud et Est (70% contre 61% dans l'Ouest et 59% dans le Nord).
A l'inverse, les personnes de la zone Océan Indien ou d'autres origines (autres que française) sont surreprésentées dans la région Nord (13% contre 2% dans le Sud et 4% dans l'Ouest).
Les SDF d'origine métropolitaine sont également plus nombreux dans le Sud et l'Ouest (près d'un quart des cas dans ces 2 régions).

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu de naissance et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
REUNION	236	64%	97	69%	77	59%	41	61%	21	70%
METROPOLE	70	19%	33	23%	17	13%	16	24%	< 5	13%
AUTRES	37	10%	8	6%	19	15%	7	10%	< 5	10%
NR	25	7%	< 5	2%	17	13%	< 5	4%	< 5	7%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	343	93%	138	98%	113	87%	64	96%	28	93%

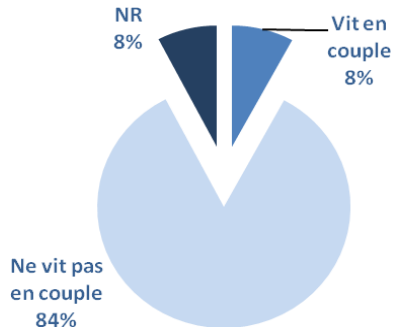
Source : enquête un jour donné

▪ *Des personnes principalement seules*

Une minorité de personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête a déclaré être en couple, soit 8% du public concerné.

Il n'y a pas de différence selon la région.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon la vie de couple



Source : enquête un jour donné

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon la vie de couple et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
OUI	29	8%	14	10%	11	8%	< 5	6%	< 5	0%
NON	311	85%	122	87%	102	78%	60	90%	27	90%
NR	28	8%	5	4%	17	13%	< 5	4%	< 5	10%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	340	92%	136	96%	113	87%	64	96%	27	90%

Source : enquête un jour donné

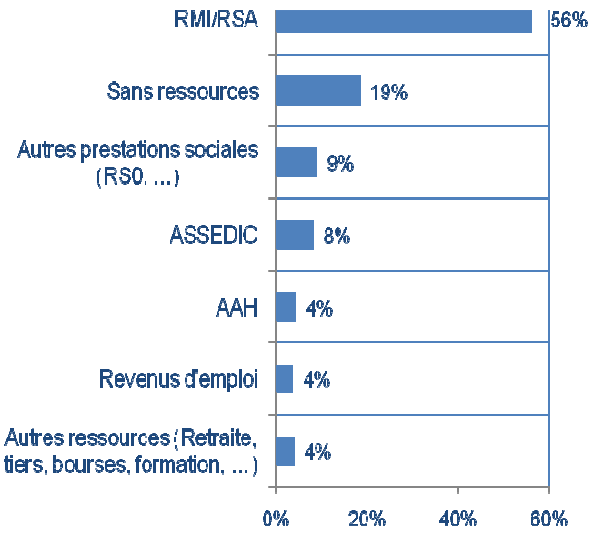
▪ *Les prestations sociales comme ressources financières*

La majorité des personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête bénéficie du RMI ou du RSA : une personne sur 2. Au total, près de 80% des personnes sont concernées par des prestations sociales (73%).

Près de 20% des personnes ont déclaré n'avoir aucune ressource (majoritairement des jeunes adultes de 18-24 ans : 1 personne sur 2 déclarant aucune ressource a moins de 25 ans ; plus de 60%, moins de 35 ans. Plus de 40% sont SDF depuis moins de 1 an).

Les revenus d'emploi ne concernent qu'une minorité de personnes (moins de 5% des personnes).

Fréquence des principales ressources déclarées par les personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010



Source : enquête un jour donné

Il n'y a pas de différence selon les régions. La prédominance des prestations sociales caractérise les 4 régions.

Fréquence des principales ressources déclarées par les personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Revenus d'emploi	13	4%	< 5	2%	< 5	4%	< 5	6%	< 5	7%
ASSEDIC	28	8%	10	7%	10	9%	6	9%	< 5	7%
RMI/RSA	191	56%	83	61%	60	53%	34	53%	14	52%
AAH	15	4%	5	4%	6	5%	< 5	6%	< 5	0%
Autres prestations sociales (RS0[3], …)	31	9%	12	9%	12	11%	6	9%	< 5	4%
Sans ressources	63	19%	27	20%	20	18%	9	14%	7	26%
Autres ressources (Retraite, tiers, bourses, formation, …)	14	4%	< 5	1%	7	6%	< 5	3%	< 5	11%
TOTAL REPONSES	278	82%	101	74%	80	71%	48	75%	18	67%
TOTAL PERSONNES	340	100%	136	100%	113	100%	64	100%	27	100%

Source : enquête un jour donné

[3] RSO : Revenu de Solidarité. Cette prestation est réservée aux bénéficiaires du RMI âgés d'au moins 50 ans et justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans dans le dispositif

Origines et ancienneté de la perte de logement

▪ *Le rôle important du contexte familial dans la perte de logement*

La précarité financière n'apparaît pas comme la première cause de la perte de logement.

Selon les déclarations recueillies, les problèmes familiaux (ruptures, problèmes conjugaux, séparation, …) constituent l'élément déclencheur prédominant à cette situation de SDF. Près de 30% des personnes concernées ont moins de 35 ans.

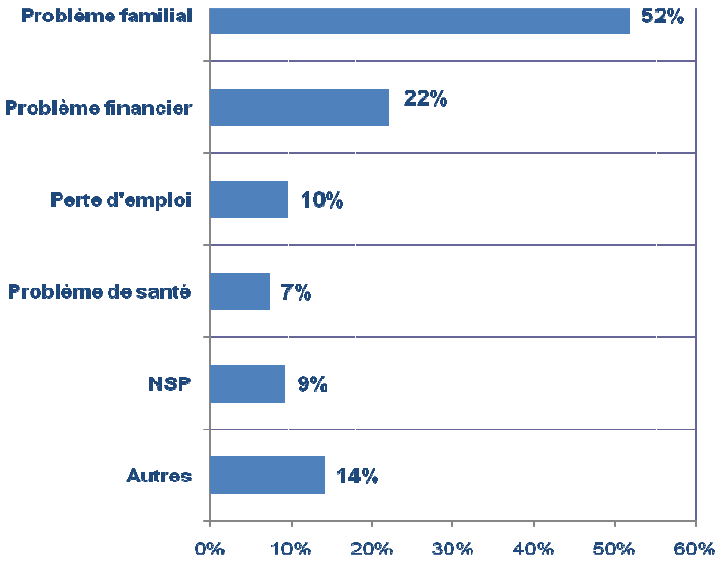
Les problèmes financiers sont évoqués par près de 20% des personnes ; la perte d'emploi représente le principal motif de la perte de logement pour moins de 10% des personnes.

Pour 8% des personnes, les problèmes de santé sont à l'origine de leur situation (les problèmes d'addictions et les troubles psychiatriques sont fréquemment évoqués).

Au-delà des difficultés familiales, de la perte d'emploi, de la chute de ressources ou des ennuis de santé, plus de 10% des personnes SDF ont déclaré d'autres motifs.

Divers contextes peuvent faire basculer la situation : les expulsions, les sorties de prison, l'arrivée récente sont les motifs les plus fréquemment évoqués.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'origine de la situation



Fréquences des autres motifs de la perte de logement déclarées par les personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010

	%
Expulsion	12%
Sortie de prisons	8%
Conflits de voisinage	8%
Jamais eu de logement	8%
Arrivée sur l'île	6%
Problèmes avec la justice	6%
Fin de renouvellement	4%
Instabilité professionnelle	4%
Problème avec le propriétaire	4%
Incendie	4%
Décès de proche	4%
Accident de la route	2%
Précarité sociale	2%
Pour suivre son copain	2%
Mauvaise fréquentation	2%
Logement des parents trop petit	2%
Insalubrité	2%
Fin d'hébergement	2%
Autres	20%
total	100%

Source : enquête un jour donné

Les problèmes familiaux sont davantage à l'origine des situations de SDF dans les territoires Sud et Est (respectivement 62% et 88% des situations). En contrepartie, les problèmes financiers sont sous-représentés dans la région Est.
Peu de différences apparaissent pour les autres causes.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'origine de la situation de SDF et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perte d'emploi	30	8%	11	7%	11	10%	5	7%	< 5	8%
Problème de santé	29	8%	11	7%	10	9%	< 5	6%	< 5	11%
Problème familial	165	44%	74	47%	39	36%	30	43%	22	61%
Problème financier	69	18%	29	18%	22	20%	16	23%	< 5	6%
Autres	51	14%	25	16%	19	17%	< 5	6%	< 5	8%
NSP	29	8%	8	5%	8	7%	11	16%	< 5	6%
TOTAL PERSONNES	289	100%	117	100%	90	100%	57	100%	25	100%

Source : enquête un jour donné

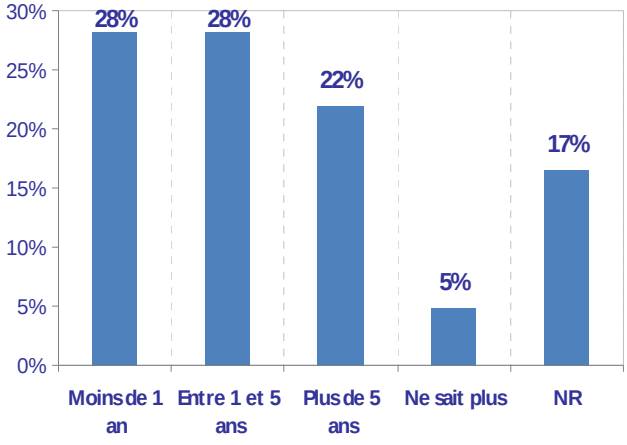
▪ *Une situation ancienne pour près d'un-quart du public*

Pour près de 60% des personnes enquêtées, la situation de SDF date de moins de 5 ans : pour la moitié, ce sont des « nouveaux SDF » (la perte de logement date de moins de un an).

Près d'un quart des personnes rencontrées ont déclaré des situations qui perdurent depuis au moins 5 ans.

A noter que dans près de 20% des cas, l'information est inexistante. Cette proportion élevée de non réponse peut révéler la difficulté d'appréhender la notion de temps et de durée pour les personnes SDF. Néanmoins, ce phénomène n'est pas lié à l'âge de la personne car les personnes plus âgées ne sont pas surreprésentées parmi ces situations non renseignées.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'ancienneté de la situation de SDF



Source : enquête un jour donné

On observe des disparités territoriales de la répartition des personnes SDF selon l'ancienneté de la situation.

Les nouveaux SDF sont davantage représentés dans les régions Nord et Sud : respectivement 33 et 31% contre moins de 20% pour les 2 autres territoires.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon l'ancienneté de la situation de SDF et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Moins de 1 an	104	28%	47	33%	40	31%	12	18%	< 5	17%
Entre 1 et 5 ans	104	28%	37	26%	27	21%	27	40%	13	43%
Plus de 5 ans	81	22%	33	23%	23	20%	18	27%	7	23%
Ne sait plus	18	5%	7	5%	6	5%	< 5	6%	< 5	3%
NR	61	17%	17	12%	34	26%	6	9%	< 5	13%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	307	83%	124	88%	96	74%	61	91%	26	87%

Source : données de l'enquête ORS

Les profils de SDF sont significativement différents selon la durée d'ancienneté de la situation de SDF. Les « nouveaux SDF » sont caractérisés par des profils plus hétérogènes que les plus anciens. On retrouve parmi les nouveaux SDF :

- une part plus élevée de femmes (p<0,005),
- plus de jeunes de moins de 25 ans (p<0,005),
- plus de métropolitains (p<0,005),

Répartition des caractéristiques sociodémographiques selon la durée d'ancienneté de la situation de SDF, parmi les SDF recensés dans les structures le 21/01/2010

	Ensemble		Moins de 1 an		Entre 1 et 5 ans		Plus de 5 ans	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe								
Hommes	254	88%	84	81%	92	89%	78	96%
Femmes	**35**	**12%**	**20**	**19%**	**12**	**12%**	**< 5**	**4%**
Age								
18-24 ans	**32**	**11%**	**19**	**19%**	**9**	**9%**	**4**	**5%**
25-34 ans	34	12%	15	15%	13	13%	6	8%
34-44 ans	81	29%	32	32%	28	27%	21	26%
45-54 ans	95	33%	26	26%	33	32%	36	45%
55-64 ans	32	11%	8	8%	15	15%	9	11%
65 ans et +	10	4%	< 5	1%	5	5%	< 5	5%
Lieu de naissance								
Réunion	194	67%	58	56%	69	66%	67	83%
Métropole	**61**	**21%**	**30**	**29%**	**20**	**19%**	**11**	**14%**
Autres	33	12%	15	15%	15	14%	< 5	4%
Vie de couple	**25**	**9%**	**15**	**15%**	**3**	**3%**	**7**	**9%**
Région								
Sud	117	41%	47	47%	37	36%	33	41%
Nord	90	31%	40	39%	27	26%	23	28%
Ouest	57	20%	12	12%	27	26%	18	22%
Est	25	9%	5	5%	13	13%	7	9%

Source : données de l'enquête ORS

Les motifs de recours aux dispositifs existants

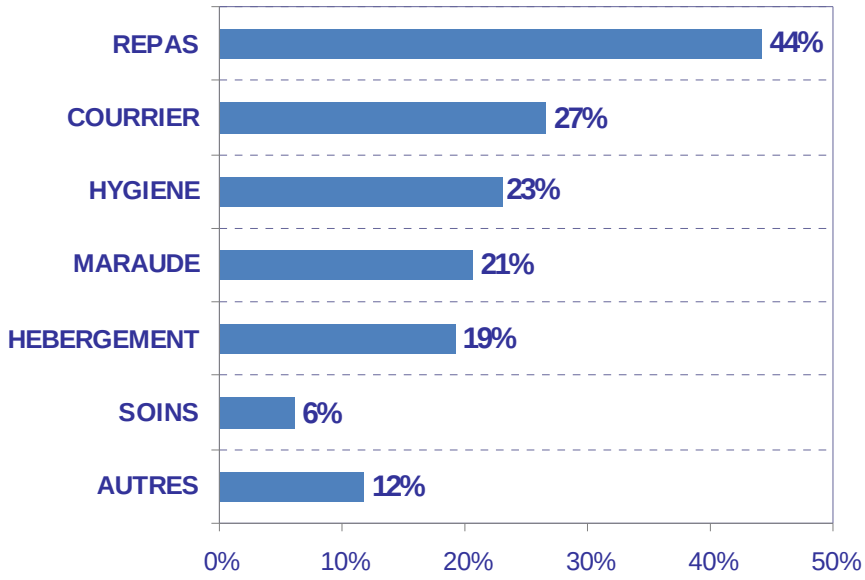
Les premiers motifs de fréquentation des structures à vocation à prendre en charge la population SDF relèvent de prestations d'aide et d'accompagnement. Les principaux besoins sont les repas dans la majorité des déclarations (plus de 40%), le courrier (27%) et l'hygiène (23%).

L'hébergement a été évoqué dans près de 20% des déclarations.

Les soins n'apparaissent pas comme un besoin recherché par la population SDF (seuls 6% l'évoquent).

Pour les autres motifs de la présence dans la structure le jour de l'enquête, 3 situations sont évoquées : la recherche de lien social, d'écoute et d'échanges (4% des déclarations) ; les aides pour les démarches administratives (3%) et les mesures de suivi et/ou entretiens (1%).

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon les motifs de recours



Source : données de l'enquête ORS

Les fréquences de recours aux structures le jour de l'enquête diffèrent selon la région.

L'utilisation des services proposés pour le courrier et l'hygiène est surreprésentée dans les territoires Ouest et Est.

La part des recours aux structures pour les repas est plus élevée dans le Sud et l'Est.

Les besoins sont élevés à tous les niveaux pour l'Est.

La région Ouest est singulière dans la mesure où le premier motif de recours est le courrier (près de la moitié des recours), devant les repas et l'hygiène. L'hébergement n'est pas évoqué.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon les motifs de recours et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
COURRIER	104	27%	33	22%	20	14%	33	49%	18	55%
REPAS	173	44%	70	47%	62	44%	23	34%	18	55%
HYGIENE	90	23%	26	17%	27	19%	20	29%	17	52%
SOINS	24	6%	5	3%	9	6%	< 5	1%	9	27%
HEBERGEMENT	75	19%	36	24%	28	20%	< 5	0%	11	33%
MARAUDE	81	21%	40	27%	17	12%	14	21%	10	30%
AUTRES	46	12%	15	10%	22	16%	8	12%	< 5	3%
Total	593	152%	225	150%	185	132%	99	146%	84	255%
NBRE RECOURS	391	100%	150	100%	140	100%	68	100%	33	100%

Source : données de l'enquête ORS

Les besoins recherchés ne sont pas non plus les mêmes selon la durée d'ancienneté de la situation de SDF.

Plus la durée d'ancienneté est longue, plus les personnes ont recours aux structures pour l'hygiène, le repas et le courrier ; ils sont également plus usagers des maraudes. En contrepartie, ils ont de moins en moins recours aux structures pour une solution d'hébergement.

A l'inverse, les nouveaux SDF expriment en priorité un besoin d'hébergement, et utilisent moins les autres services mis à leur disposition.

Parallèlement, plus la situation de SDF est ancienne, plus la part des personnes ayant dormi dans un lieu non habituel la veille de l'enquête (squat, rue, parc, voiture, …) est élevée. En contrepartie, les nouveaux SDF sont plus usagers des structures d'hébergement d'urgence ou temporaires voire des autres solutions d'hébergement (relais social, hôtel/auberge, secteur associatif).

Fréquences des motifs de recours et du lieu d'hébergement selon la durée d'ancienneté de la situation de SDF, parmi les SDF rencontrés dans les structures le 21/01/2010

	Ensemble		Moins de 1 an		Entre 1 et 5 ans		Plus de 5 ans	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maraude*	56	20%	14	14%	17	17%	25	31%
Hébergement*	70	25%	49	48%	13	13%	8	10%
Hygiène*	72	26%	16	16%	29	29%	27	34%
Courrier*	88	31%	23	22%	41	41%	24	30%
Repas*	136	48%	36	36%	52	52%	48	61%
Hébergement la veille*								
Lieux non habituels	113	39%	26	25%	37	36%	50	62%
Famille/amis	60	21%	18	17%	26	25%	16	20%
CHAU/CHRS	26	9%	15	14%	8	8%	< 5	4%
Autres	89	31%	45	43%	32	31%	12	15%

Source : données de l'enquête ORS

* Différence significative (p<0,05)

Accueil
Orientation
Domiciliation

Accueil – Orientation – Domiciliation

L'orientation

▪ *L'orientation, l'affaire d'une multitude d'acteurs*

Les travailleurs sociaux de secteur des GUT de l'île comptent parmi les premiers interlocuteurs des personnes SDF. Mais la surcharge de travail dont ces services font l'objet ne leur permet pas toujours une bonne prise en charge de la personne. « *Moin la fine voir aèl (l'assistante sociale du GUT) détroi kou, mé èl na poin vréman d'solision pou moin…… Par kont, èl la bien èd amoin dan mon bann papié.*», Jacques.

Les CCAS sont aussi des acteurs de première ligne dans l'orientation des personnes SDF de par leur mission de domiciliation. Mais les moyens ne leur sont pas toujours alloués. Le personnel des CCAS n'apparaît pas suffisamment professionnalisé.

Les différentes structures d'aide aux personnes en situation de précarité sont aussi des acteurs incontournables de l'orientation. En l'absence de Service d'accueil et d'orientation (SAO) dans notre département, les services déconcentrés de l'Etat ont privilégié de professionnaliser le fonctionnement des Boutiques Solidarité, ou espaces assimilés. Cela a consisté en un financement de postes de travailleur social permettant un premier bilan et une orientation, ainsi que l'accroche vers un parcours de réinsertion.

Les maraudes organisées par la Croix-Rouge sont également un support d'informations primordiales aux personnes SDF. Les bénévoles informent les personnes rencontrées lors des maraudes des dispositifs existants. Ils assurent le lien avec les structures d'accueil de jour. Les personnes SDF sont informées des prestations dont elles peuvent bénéficier. « *On diré ou lé in pé fay mésié intèl, oubli pa lé posib fé soign a ou l'EDSI tou lé samdi matin. An plis sora lokazion pou ou ni pran la doush. Kosa ou di ?*», un bénévole de la Croix-Rouge à un homme d'un certain âge.
Les assistantes sociales de l'hôpital, plus précisément celles des PASS, tiennent également une place importante dans l'orientation des personnes SDF.

Plusieurs acteurs sont ainsi concernés par l'orientation. Plusieurs portes d'entrée possibles existent donc pour les personnes SDF. Cette multiplicité est aussi à l'origine d'un manque de visibilité. L'articulation entre les différents intervenants est moyennement définie. Il y a un manque de coordination des acteurs. En revanche, une ébauche de travail en réseau se dessine. Sa consolidation à terme permettrait une prise en charge plus coordonnée de la personne SDF.

▪ *Un dispositif spécialisé dans l'orientation, le 115*

Le 115 est un dispositif d'écoute téléphonique unique, concrétisant la volonté conjointe de l'Etat et du Conseil Général de mutualiser les moyens financiers et humains pour apporter une réponse adaptée en matière de téléphonie sociale. La gestion du dispositif a été confiée au Conseil Général en 2005.

Ce numéro d'urgence sociale, opérationnel 7j/7 et 24h/24, est à la disposition de trois publics cibles :

- l'enfance en danger
- les personnes victimes de violences
- les personnes en situation d'exclusion.

Ce numéro gratuit et anonyme propose une écoute, de l'information, du soutien, l'orientation et une mise à l'abri des personnes quand la situation le nécessite.

Une équipe d'écoutants formés reçoit les appels du 115, remplit la grille de recueil d'informations et saisit une fois la conversation terminée les informations directement dans la base de données conçue spécifiquement pour cette mission par la Direction informatique du Conseil Général.

Les appelants SDF se réfèrent principalement au 115 pour une orientation vers un hébergement. En effet, en 2009, 69% des appels étaient relatifs à une demande d'hébergement d'urgence et 31% des appels ont été passés pour de l'écoute. Le 115 est tenu informé quotidiennement des places disponibles.

Moyennement connu et peu utilisé des personnes SDF

Selon les entretiens, le dispositif du 115 apparaît comme moyennement connu et peu utilisé des personnes SDF. La plupart des personnes SDF interrogées dans le cadre de l'étude déclarent ne pas connaître ce dispositif. En revanche, à St-Pierre, le numéro semble bien connu : « *A ! lo 115 ? Wi, mi koné. Mi apèl kan mi vé in plas pou dormi.*». En effet, selon les données du 115, en 2009, sur les 1 325 appels passés, 1 127 ont été passés par les personnes SDF elles-mêmes et les trois quarts provenaient de la ville de St-Pierre. Cela s'explique par le fait que cette ville concentre les seules places totalement réservées aux SDF.

Connu et moyennement utilisé par les professionnels

Le 115 paraît être connu mais moyennement utilisé par les professionnels. Seuls 11% des appels proviennent des professionnels et principalement des assistants sociaux d'hôpitaux. Lorsque le dispositif est connu, il est davantage assimilé au numéro de référence des femmes victimes de violence. « *Moi je l'utilise principalement lorsqu'une femme victime de violence avec ses enfants a besoin d'aide.* », un professionnel. Les acteurs de terrain avancent souvent le fait que « le *115 est efficace pour les femmes et les familles en détresse soudaine, mais quand on les appelle pour des hommes isolés, ils nous font comprendre qu'ils ne sont pas prioritaires ».*

Le recours disparate au 115 peut s'expliquer par le fait que l'offre en matière de places d'hébergement d'urgence n'est pas suffisamment adaptée aux hommes isolés SDF. Les places disponibles sont restreintes. Les appels passés au 115 n'aboutissent ainsi pas toujours à une solution d'hébergement d'urgence, quand la demande est formulée. Ces échecs répétés, n'incitent pas les acteurs de terrain ou les personnes SDF à y recourir systématiquement. Il est donc difficile de se baser sur les seuls chiffres du 115 pour avoir un aperçu de la population des personnes SDF.

Mais une amélioration

Néanmoins, depuis la mise en place du 115, les acteurs de terrain notent une amélioration dans la gestion des appels. La professionnalisation des écoutants y a contribué. En revanche, ils déplorent encore quelques problèmes dans la régulation des admissions. Certains appels passés au 115 font l'objet de réponse négative. Le motif évoqué est l'absence de place disponible. Mais lorsque les appelants se réfèrent à la structure, une admission est possible. Les acteurs de terrain avouent donc préférer appeler directement les centres d'hébergement d'urgence. L'articulation avec les structures d'hébergement demande donc à être améliorée.

Caractéristiques des appels au 115 pour des orientations SDF pour l'année 2009

	n	%
Qualité de l'appelant		
Personne sans domicile concernée	1 127	85%
Famille / entourage	23	2%
Professionnel	141	11%
Autre	8	1%
NR	26	2%
TOTAL	**1 325**	**100%**
Répartition géographique des appelants		
Saint-Pierre	930	70%
Saint-Denis	177	13%
Saint-Paul	32	2%
Le Tampon	31	2%
Saint-André	16	1%
Saint-Joseph	16	1%
Autres	45	3%
NR	78	6%
TOTAL	**1 325**	**100%**
Type de demande		
Hébergement	909	69%
Ecoute	409	31%
Soins	2	0%
Infos/Droits	46	3%
Alimentation	2	0%
Autres	27	2%

Source : Dispositif 115 – Conseil Général

Exploitation : ORS

- ***Les Missions Locales, un acteur clé dans l'orientation des jeunes SDF***

Les Missions locales, un acteur essentiel dans le repérage de ces jeunes en difficulté

Les différentes antennes des Missions locales de l'île constituent des espaces au service des jeunes de 16 à 25 ans. Elles assurent des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement pour aider les jeunes à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion sociale et professionnelle. Pour cela, chaque jeune accueilli bénéficie d'un suivi personnalisé dans le cadre de ses démarches. Les Missions locales essaient d'apporter des réponses aux questions d'emploi et de formation. Mais de plus en plus, les accueillants sont confrontés aux problématiques de logement. « *C'est affolant le nombre de jeunes qui viennent nous voir et qui sont à la rue* », un professionnel.

Vers un observatoire des jeunes SDF

Les jeunes SDF sont quasi systématiquement orientés vers les antennes des Missions locales de l'île. « *Quand un jeune de moins de 25 ans atterrit à l'association, je l'oriente tout de suite vers la Mission locale. Il est important qu'il soit pris en charge et accompagné. […] Bien sûr s'il a besoin à manger, il peut revenir à l'association.* », un professionnel.

Les Missions locales sont donc le lieu de flux important de jeunes. Les différentes antennes constituent un véritable maillage permettant une approche plus territorialisée. De plus, ils sont en possession d'outils statistiques homogènes qui permettraient le suivi de cette population. En cela, leur position offrirait un regard intéressant sur cette part de la population.

D'ailleurs, il existe une réelle prise de conscience de la problématique par les acteurs des Missions locales. Ils affichent notamment la volonté de faire en sorte de mieux renseigner l'item « situation face au logement » dans leurs bases de données lors des entretiens avec les jeunes. De cette manière, les Missions locales seront en capacité de fournir des données plus précises sur la part des « jeunes SDF ».

L'accueil des personnes SDF

▪ *Le premier accueil des personnes SDF par le biais des prestations de base*

Les structures d'accueil de jour de l'île

Le territoire réunionnais compte plusieurs structures d'accueil de jour pour les personnes SDF, au sein desquelles les associations occupent une place importante.

Les Boutiques Solidarités sont au nombre de quatre dans l'île : St-Denis, St-Benoît, St-Pierre et St-Joseph. Celle de St-Denis est portée par la Fondation Abbé Pierre elle-même. Les trois autres Boutiques solidarité sont gérées par des associations labellisées par la Fondation :

- l'Association Réunionnaise d'Education Populaire (AREP) à St-Pierre,
- l'Espace Solidarité de St-Benoît
- l'Association Humanitaire de l'Océan Indien (AHOI) à St-Joseph.

Leur label leur permet d'obtenir une subvention de fonctionnement et les conduit à respecter une charte commune. Cette dernière fixe les grandes lignes de leurs missions : offrir la possibilité de se doucher, de laver ses vêtements ou encore prendre un café le matin. Les bénévoles et l'ensemble des salariés de ces associations sont formés à accueillir le public SDF.

D'autres structures font aussi office d'accueil de jour.

A St-Denis, le CCAS de la ville gère un service détaché dont la mission est de garantir un accueil de jour aux personnes SDF. L'Espace Dionysien de Solidarité et d'Insertion (EDSI) est situé en centre-ville. Il offre au même titre que les Boutiques solidarité la possibilité de se restaurer et de prendre une douche.

A St-Paul, l'association « Agir contre l'exclusion » garantit les mêmes prestations. Au Port, c'est l'association « Le comité des chômeurs et des mal logés » qui vient en aide aux personnes SDF.

Les collectivités territoriales jouent un rôle fondamental dans l'organisation de l'offre de service en faveur des personnes SDF. L'aide apportée aux associations peut prendre différentes formes : aide financière (subventions), mise à disposition de personnel, de locaux…

Par le biais de service de base comme le petit-déjeuner, l'hygiène corporelle et vestimentaire, un travail de revalorisation et de restauration de l'image de soi est réalisé au quotidien par les équipes éducatives et bénévoles.

Les prestations alimentaires, une réponse à un besoin essentiel

Les prestations alimentaires sont le motif le plus important de recours à une structure d'aide. Un certain nombre d'associations proposent aux personnes SDF la possibilité de se restaurer.

- **Les petits-déjeuners, un repas jugé important dans la journée**

Les quatre Boutiques Solidarité de l'île, « Agir contre l'exclusion » et « Le comité des chômeurs et des mal logés » offrent aux personnes SDF la possibilité de prendre le petit-déjeuner. Les personnes arrivent en général tôt le matin dés l'ouverture de la structure d'accueil. Le petit-déjeuner est pour la plupart d'entre eux un moment important de la journée. A titre d'exemple, en 2008, ce sont près de 14 176 petits-déjeuners qui ont été distribués à la Boutique solidarité de St-Denis, soit entre 70 et 100 petits-déjeuners servis par jour.

- **Les déjeuners, des disparités géographiques dans la distribution[4]**

Le réseau d'aide alimentaire en faveur des personnes SDF comprend également les prestations de déjeuners.

A St-Denis, l'EDSI gère la distribution des repas le midi. Ce sont en moyenne une soixantaine de personnes qui bénéficient de cette prestation alimentaire. Cette distribution est assurée de manière régulière en semaine. Le week-end des associations prennent la relève telles que « Centre ville Est », « Le Rotary club »… L'EDSI met à disposition ses locaux afin de garantir une bonne organisation.
Les personnes SDF basées sur St-Denis apprécient les prestations qui sont assurées et savent utiliser ce qui a été mis en place. « *Je viens le matin ici à la Boutique solidarité pour le petit-déjeuner et je vais le midi à l'EDSI. Ca nous évite au moins de crever de faim !* », Thierry.

A St-Paul, ce sont en moyenne une soixantaine de repas qui sont distribués à l'association « Agir contre l'exclusion ». C'est le cas également à St-Benoît à la Boutique Solidarité et au Port dans les locaux de l'association « Le comité des chômeurs et des mal logés ». Cette distribution est assurée cinq jours par semaine. En revanche, à St-Joseph, seuls deux jours par semaine sont concernés (mardi et jeudi).

A St-Pierre, les personnes SDF ne bénéficient pas de l'offre « déjeuners ». Seule la distribution des petits-déjeuners est assurée à la Boutique Solidarité. Le système D se fait d'autant plus sentir. « *Le matin je prends le petit-déjeuner à la Boutique solidarité, mais je galère pour les autres repas de la journée. J'essaye de me débrouiller comme je peux, mais je reste souvent le ventre vide.* », Marc. Des initiatives occasionnelles sont tout de même à noter. Certaines associations organisent des journées dans l'année. Des repas sont alors distribués aux personnes SDF de la ville de St-Pierre. Mais ces initiatives restent non pérennes.

[4] Données non exhaustives

- **D’autres prestations alimentaires**

Les prestations alimentaires peuvent aussi prendre la forme de barquettes distribuées pour les repas du soir. C’est notamment le cas à St-Paul avec l’association « Agir contre l’exclusion ».

Dans le domaine de l’aide alimentaire, la Croix-Rouge française mène aussi de nombreuses actions de proximité grâce aux différentes délégations de l’île. Une distribution alimentaire est assurée par le biais des bénévoles des maraudes. Cette distribution peut prendre différentes formes : des gâteaux, une boisson chaude, des sandwichs, des soupes… Il s’agit d’une aide d’urgence attribuée gratuitement en différents points de rencontre connus des personnes SDF : « *ils ont l’habitude. Ils connaissent notre trajet* », une bénévole.

Les personnes SDF peuvent également bénéficier de colis alimentaire. La Croix-Rouge et d’autres structures par le biais de leur épicerie sociale offrent ce type de service.

Les prestations alimentaires ne profitent pas essentiellement aux personnes SDF. Les personnes en situation de grande précarité sont aussi destinataires de ce type de service. C’est le cas notamment d’anciennes personnes SDF ayant réintégré un logement, mais nécessitant encore une aide de manière occasionnelle.

- **Limites de l’offre actuelle**

Le réseau d’aide alimentaire présente des limites organisationnelles :

- des disparités territoriales
- une rupture dans la continuité de l’offre (peu de distributions les week-ends et jours fériés)
- une augmentation des demandeurs
- une augmentation en fin de mois.

En effet, les personnes SDF sollicitent davantage les structures d’aide lorsque leurs prestations sociales ont toutes été dépensées. Leurs ressources financières ne suffisent plus alors à se nourrir.

Des efforts sont observés pour anticiper ces ruptures de prise en charge.

Les prestations d'hygiène, pour un peu de dignité

- **Un rapport à l'hygiène différent**

L'hygiène corporelle est un sujet délicat pour certaines personnes SDF, comme l'explique un travailleur social de la ville du Port : « *le message de l'hygiène corporelle est tabou pour eux.* » Il est nécessaire de leur faire prendre conscience de la nécessité de se doucher. Les équipes éducatives ou les bénévoles des structures d'accueil de jour entreprennent un travail spécifique. Sont concernées principalement les personnes à la rue depuis de longues années, qui ont perdu la notion de l'hygiène. Il en va souvent de leur santé. En effet, les personnes SDF présentent souvent des problèmes dermatologiques qu'il faut prévenir en maintenant une certaine hygiène.

Chez les jeunes SDF, l'hygiène semble primordiale. Le « paraître normal » a une grande importance. Ils ne veulent surtout pas donner l'image du « clochard sale et mal habillé ».

- **L'accès à l'eau, une nécessité**

Les structures d'accueil de jour mettent à disposition des douches, des toilettes et une buanderie qui permettent d'accéder à une certaine hygiène. « *Je viens tous les jours à la Boutique Solidarité pour me doucher et en général une fois par semaine pour laver mes vêtements*», énonce Julien.

L'accès à l'eau est important pour les personnes SDF. Il s'avère être l'élément clé du choix du lieu du squat. « J*e dors où je peux, mais le plus souvent dans le cimetière où j'ai accès à l'eau pour me doucher de temps en temps* », Patrick. «J*e vis dans une tente près d'une rivière où je peux me baigner et me faire à manger* », Florient, tout en restant discret sur le lieu de son squat.

- **L'aide vestimentaire**

La Croix-Rouge ainsi que certaines Boutiques Solidarité (St-Denis et St-Joseph) gèrent des stocks de vêtements qui sont mis à la disposition des personnes SDF. Les vêtements sont fournis gratuitement aux personnes lors de leurs passages dans les structures d'accueil. Les maraudes du Samu Social sont aussi l'occasion de distribuer des vêtements en cas de grande nécessité.

▪ *La recherche d'écoute et de lien social*

Un motif de recours évoqué

Les résultats de l'enquête quantitative ont fait ressortir que la recherche d'écoute et de lien social étaient un motif de recours à une structure d'aide.
A plusieurs reprises, les personnes interrogées ont évoqué l'importance pour elles d'être écoutées, de partager les souffrances liées à leurs conditions difficiles de vie à la rue. C'est aussi l'occasion de se changer les idées. « *Mi vien osi la Boutik solidarité pou kas la blag, voir mon bann dalon.*», Florient.

Une mission phare de la Croix-Rouge française

- **L'urgence sociale**

La Croix-Rouge française est l'opérateur du Samu Social à La Réunion. Ses actions permettent d'apporter une écoute, un soutien psychologique, de repérer les difficultés des personnes SDF afin de mieux les orienter et les accompagner. Grâce à son réseau de bénévoles et de salariés, elle gère les prestations d'aide apportées aux personnes SDF, dont notamment les maraudes. Par le biais d'équipes mobiles, la Croix-Rouge remplit une mission d'urgence sociale. Sa régularité de passage offre la possibilité de recréer un lien social souvent perdu. « *Au début, il me disait à peine bonjour, maintenant on peut un peu discuter* », une bénévole d'une maraude.

Des maraudes sont organisées deux fois par semaine à travers les villes de St-Denis, St-Benoît, St-Paul et St-Pierre. Pendant près de quatre heures, à des points de rencontre identifiés ou fortuits, les bénévoles vont au contact des personnes vivant dans la rue. Au-delà du prétexte de la rencontre qui est alimentaire (une soupe, de l'eau, un café, des gâteaux…), s'engage une discussion selon la relation établie. Cette écoute est primordiale dans la reconnaissance de soi. Les personnes SDF sont très en demande d'écoute. Quand une relation de confiance s'établit, les intervenants recensent les besoins de ce public : vêtements, papiers perdus…

La Croix-Rouge apparaît comme un maillon important de la chaîne de reconstruction ou de réinsertion. Mais pour que cette chaîne fonctionne, un partenariat formalisé avec les autres associations ou organismes œuvrant dans le domaine de la prise en charge des personnes SDF nécessiterait d'être établi. Cela favoriserait une prise en charge globale de la personne.

L'échange facilité par le créneau horaire

Les équipes mobiles de la Croix-Rouge vont à la rencontre des personnes SDF le soir. Ce créneau horaire est propice à la discussion. Les personnes SDF seraient plus calmes et plus réceptives. D'ailleurs, un animateur de rue note que « *le travail de fond ne peut se faire que le soir, lorsque les SDF sont seuls, ils se confient réellement. La journée ils bougent […] mais ce n'est que le soir, vers 18h qu'ils se posent* ». Les acteurs de terrain ont l'impression que les personnes SDF se confient davantage.

- ***Les ateliers occupationnels de jour***

Plusieurs structures d'accueil de jour proposent des activités aux personnes SDF à des niveaux différents. Elles vont de la simple mise à disposition de jeux de société ou de livres à la mise en place d'activités plus structurées. Il s'agit alors d'ateliers occupationnels qui comprennent le jardinage, la peinture, la musique ou encore la randonnée. Ils constituent autant de supports pour un travail de revalorisation, de recherche d'estime de soi, de vie en collectivité nécessaires à une resocialisation.
Les personnes SDF y adhèrent bien de manière générale. En revanche, les femmes ont du mal à trouver leur place au sein de ces activités. Ce même constat a été établi concernant le recours à une structure d'accueil de jour. Les intervenants de la Boutique Solidarité de St-Pierre ont fait le constat que les femmes SDF présentent quelques difficultés d'accès aux prestations fournies. Le comportement déplacé de certains hommes SDF à leur égard est le plus souvent en cause. Pour y remédier, des changements devraient être opérés afin de leur faciliter l'accès. A titre d'exemple, la Boutique solidarité envisagerait de réserver une tranche horaire exclusivement aux femmes.

La domiciliation, un droit fondamental

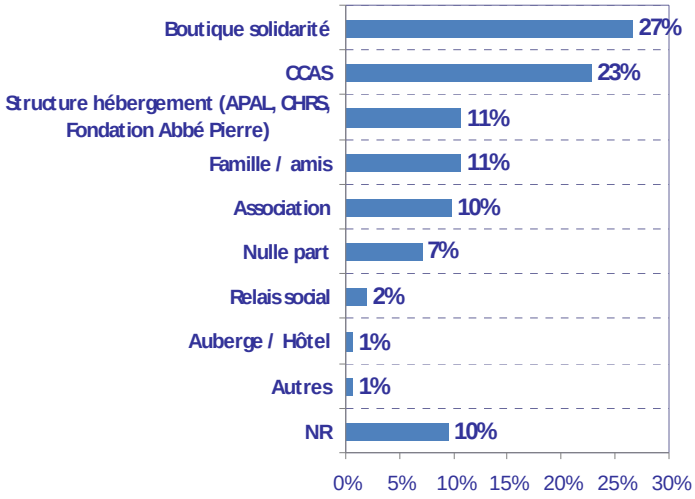
▪ *Divers lieux de domiciliation*

Plus d'un quart des personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête a déclaré être domiciliées dans une des boutiques de solidarité de l'île ; les CCAS ont été évoqués par 23% des personnes.

Une personne sur 10 a déclaré un lieu de domiciliation informel par le biais de l'entourage (famille, amis). Ils sont autant à déclarer être domiciliés dans une structure d'hébergement conventionnée.

Les associations ont également été citées par 10% du public SDF.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu de domiciliation



Source : données de l'enquête ORS

La répartition des lieux de domiciliation révèle des disparités significatives selon les régions.

Pour la région Sud, les lieux de domiciliation les plus fréquemment déclarés sont les boutiques solidarités et les structures d'hébergement, devant les CCAS (resp. 35, 26% et 21% des déclarations).

Pour le territoire Nord, les principaux lieux de domiciliation sont les boutiques solidarité, les CCAS et le domicile de l'entourage.

L'Ouest se caractérise par une surreprésentation des CCAS : près de la moitié du public de ce territoire a cité cette situation ; un quart a déclaré être domicilié par le biais d'une association.

La domiciliation par le biais d'une association est plus fréquemment évoquée dans l'Est.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le lieu de domiciliation et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CCAS	84	23%	29	21%	20	15%	33	49%	< 5	7%
Boutique solidarité	98	27%	50	35%	37	28%	< 5	0%	11	37%
Nulle part	26	7%	< 5	3%	15	12%	5	7%	< 5	7%
Association	36	10%	< 5	2%	< 5	3%	17	25%	12	40%
Famille / amis	39	11%	12	9%	18	14%	8	12%	< 5	3%
Structure hébergement (APAL, CHRS, Fondation Abbé Pierre)	39	11%	37	26%	< 5	2%	< 5	0%	< 5	0%
Auberge / Hôtel	< 5	1%	< 5	0%	< 5	2%	< 5	0%	< 5	0%
Relais social	7	2%	< 5	0%	7	5%	< 5	0%	< 5	0%
Autres	< 5	1%	< 5	0%	< 5	1%	< 5	1%	< 5	0%
NR	35	10%	6	4%	24	18%	< 5	4%	< 5	7%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	333	90%	135	96%	106	82%	64	96%	28	93%

Source : données de l'enquête ORS

▪ *Les éléments de la loi sur la domiciliation*

Une volonté de clarifier les procédures

La Circulaire n°DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 met en application les nouvelles réformes relatives à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

L'objectif de la loi est de permettre aux personnes sans domicile stable, en habitat mobile ou précaire, d'avoir une adresse administrative, pour faire valoir leurs droits civils, civiques et sociaux. Est concernée toute personne qui ne dispose pas d'une adresse lui permettant d'y recevoir et d'y consulter son courrier de manière constante. Le champ d'application de ce dispositif comprend également les personnes hébergées de façon très temporaire par des tiers ou encore celles qui recourent aux centres d'hébergement d'urgence de façon inconstante.

L'élection de domicile répond à un certain nombre d'obligations. Les organismes domiciliataires doivent réaliser un entretien auprès du demandeur permettant de mettre en évidence les liens avec la commune de rattachement. L'élection de domicile est certifiée par la remise d'une attestation justifiant la domiciliation ; elle permet à son bénéficiaire d'entreprendre les démarches nécessaires à l'obtention de ses droits ou prestations sociales. Cette attestation est valable une année sous contrainte de se présenter au moins tous les trois mois pour récupérer son courrier.

Les organismes habilités à procéder à l'élection de domicile

- **De droit et sans procédure préalable d'agrément : les CCAS et CIAS**

Les Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) de l'île sont habilités de plein droit à procéder à des élections de domicile. Ils ont obligation d'accepter la demande de domiciliation de la personne sans domicile fixe, sauf si cette dernière ne présente aucun lien avec la commune.

- **Sur agrément : cinq organismes agréés dans l'île**

Il revient au Préfet de délivrer les agréments nécessaires pour procéder à l'élection de domiciliations. L'agrément constitue l'acte de reconnaissance, par l'Etat, que l'organisme remplit les conditions requises à mener une mission de domiciliation.

Dans l'île, au 1er janvier 2010, les organismes agréés sont l'association « Agir contre l'exclusion » et les quatre associations labellisées « Boutiques Solidarité » par la Fondation Abbé Pierre.

▪ *Des problèmes persistants liés à la domiciliation*

Un manque de concertation dans les domiciliations au niveau communal

Dans le cadre d'une demande d'élection de domicile auprès d'un organisme habilité, un entretien auprès du demandeur doit être effectué. La loi mentionne que doit être vérifié si le demandeur n'est pas déjà domicilié auprès d'un autre organisme. Or il s'avère que cette vérification n'est pas toujours effectuée. En effet, les entretiens ont mis en évidence l'existence de domiciliations multiples. « *J'ai une adresse à la Boutique solidarité où arrivent mes courriers de la CAF et une à l'EDSI où arrivent mes papiers de la Poste* », Marc.

Les acteurs de terrain attestent d'un manque de concertation dans l'attribution des attestations de domiciliation. La mise en place assez récente de ce dispositif serait en cause. L'instauration de procédures, d'échanges formalisés entre organismes domiciliataires devraient permettre à terme d'éviter ces domiciliations multiples.

Une source de données non exploitée

L'élection de domicile repose sur la déclaration des personnes. Parmi les personnes domiciliées, certaines ne sont pas sans domicile : « *Nous avons près de 200 domiciliations à la Boutique solidarité, mais tous ne sont pas SDF, car certains vivent chez eux mais préfèrent que leurs courriers soient envoyés chez nous* », un professionnel.

Les organismes domiciliataires ne sont pas toujours en mesure d'identifier la part de personnes réellement SDF parmi les domiciliations. Le recueil de données relatif à la domiciliation apparaît comme insuffisamment structuré. Ainsi cette source de données ne permet pas, en l'état, de permettre un suivi en continu de la population SDF.

Des attestations remises en question

L'attestation de domiciliation fournie par les organismes habilités est censée faciliter les démarches nécessaires à l'obtention des droits ou prestations sociales. Mais des difficultés persistent sur ces différents points. Selon les entretiens, les organismes sociaux présentent parfois des réticences à valider les attestations délivrées par certains organismes agréés, bloquant ainsi les démarches entreprises.

Certaines personnes SDF ont déclaré également avoir rencontré quelques difficultés lors de l'ouverture de leur compte bancaire indispensable au versement de leurs prestations sociales.

▪ *La domiciliation, une porte d'entrée vers la réinsertion*

Un dispositif censé ne pas se limiter à la redistribution de courriers

Outre la délivrance d'une attestation, la réception et la redistribution du courrier, la domiciliation consiste également au suivi de la personne domiciliée.
Or, on s'aperçoit que les organismes domiciliataires font parfois uniquement office de « boîte aux lettres », alors qu'ils peuvent constituer une porte d'entrée intéressante dans l'accompagnement des personnes. Le bon fonctionnement de la domiciliation est donc crucial, puisqu'elle peut constituer le premier pas vers la réinsertion. Mais les moyens humains et matériels ne sont pas toujours attribués aux organismes habilités.

L'aide administrative

Le parcours d'une personne SDF vers la réinsertion doit passer par les formalités administratives. La domiciliation constitue une étape préalable.

L'aide administrative est une prestation qui figure parmi les missions de nombreuses structures. Cette mission est globalement bien assurée et indispensable. En effet, certaines personnes SDF présentent des problèmes d'illettrisme les handicapant dans la gestion de leurs documents administratifs. «*Je viens très souvent récupérer mon courrier. Mais comme je ne sais pas lire, je demande à l'assistante sociale de m'aider* », Maxime.

Les accueillants des structures d'aide accompagnent individuellement les personnes SDF dans leurs démarches administratives par le biais de la domiciliation, entre autres. Ces démarches concernent les demandes de logement auprès de bailleurs sociaux, la mise à jour ou l'ouverture de dossiers concernant les prestations sociales (RMI, AAH…), les demandes ou renouvellement de CMU…
Mais l'accompagnement administratif n'est pas toujours systématique ou ne se fait pas selon un suivi régulier. Des ruptures administratives sont donc souvent constatées, à l'origine de ruptures de ressources aux conséquences graves.

A St-Joseph, le service d'aide sociale légale du CCAS gère les domiciliations des personnes SDF. Les responsables du service ont mis en place une procédure de prise en charge des personnes domiciliées. Un dossier individuel est constitué pour chaque personne. Les documents administratifs les plus importants y sont regroupés afin de les avoir à disposition en cas de besoin. Le service est parti du constat que les personnes SDF sont souvent victimes de la perte de leurs documents. Figure également dans ce dossier la date d'expiration de prise en charge par la CMU, par exemple. Au moment de la récupération des courriers, le personnel du service vérifie systématiquement cette date afin d'éviter des ruptures de droit pouvant être préjudiciables en cas d'hospitalisation de la personne domiciliée. Si la CMU de la personne domiciliée arrive à expiration, une procédure de mise à jour démarre.

Hébergement

Hébergement

Des difficultés d'accès aux solutions d'hébergement

▪ *Les « hommes isolés SDF » perçus comme non prioritaires*

En matière d'hébergement, les « hommes isolés SDF » sont perçus comme non prioritaires dans l'orientation et l'admission. « *Les CHU ne prennent pas les SDF hommes seuls. La préférence est nettement donnée aux femmes.* », un acteur de terrain. Pourtant, les hommes isolés représentent la grande majorité de la population SDF.

Face à d'autres situations d'exclusion (de femmes avec enfants à la rue, par exemple), les structures d'hébergement ne privilégient pas le public SDF. L'offre en matière d'hébergement pour le public SDF reste limitée, à moins de leur dédier spécifiquement des places.

▪ *Un manque de places en hébergement d'urgence*

6 places seulement dédiées aux personnes SDF

La mission dévolue aux centres d'hébergement d'urgence est d'accueillir et d'héberger en urgence les personnes dans le besoin.

Sur le territoire réunionnais, on compte 3 centres d'hébergement d'urgence :

- le CHAU du CIAS à St-Pierre,
- le CHU « Les Jonquilles » à St-Denis,
- le CHAU « Fleur d'eau » à Bras-Panon.

Ces deux derniers sont gérés par la Halte du Père Etienne Grienenberger.

Malgré ces trois structures, les possibilités de se faire héberger en urgence restent restreintes. Les données du 115 l'indiquent. En effet, en 2009, 38% des appels relatifs à une orientation vers un hébergement pour les personnes SDF n'aboutissent pas faute de place. Néanmoins, ce chiffre tend à diminuer ces trois dernières années.

Seules 6 places sont dédiées aux personnes SDF au CHAU de St-Pierre. Au CHU « Les Jonquilles » et « Fleur d'eau », des admissions sont possibles pour les personnes SDF, mais selon les disponibilités. Pour « Les Jonquilles », ceci explique en partie qu'en 2008, seuls 7% du public accueilli

étaient sans domicile avant d'intégrer la structure. Cette faible représentation du public SDF serait a priori liée à un problème d'orientation, malgré la volonté de la structure d'accueillir ce type de public. Pour « Fleur d'eau », l'ouverture récente (janvier 2010) ne permet pas d'en faire le bilan.

Outre l'hébergement d'urgence en CHU ou CHAU, le financement de nuitées d'hôtels est possible. En revanche, pour les personnes SDF, cette solution ne semble pas vraiment utilisée.

Une prise en charge limitée dans le temps

La durée conventionnelle des séjours des personnes SDF dans les structures d'hébergement d'urgence varie entre 3 et 7 nuits :

- 3 nuits pour le CHAU de St-Pierre,
- 7 nuits pour le CHU « Les Jonquilles » et le CHAU « Fleur d'eau ».

Mais la situation de certaines personnes accueillies nécessite parfois des prolongations de séjour. En moyenne, les séjours au sein des structures vont donc de 5 à 10 nuits pour le CHAU de St-Pierre et le CHU « Les Jonquilles » respectivement. Les personnes vulnérables, notamment au regard de leur état de santé, sont les plus concernées par ces prolongations, à défaut d'une prise en charge sanitaire efficace.

Malgré ces dérogations possibles, les personnes interrogées estiment les durées de séjour trop courtes. Le temps accordé aux personnes ne semble pas suffisant pour trouver une solution plus stable.

Mais un moment de répit pour les personnes à la rue

Malgré des durées de séjour courtes, les accueillis trouvent un intérêt fort à fréquenter ces structures.

L'admission dans une structure d'hébergement d'urgence est l'occasion de se reposer et de ne plus chercher de lieu où dormir. « *Pandan 3 zour, mi koné moin lé trankil.*», Paul.

Outre la possibilité de se reposer, les structures d'hébergement d'urgence constituent un espace sécurisé pour les personnes de la rue. « *C'est une sécurité pour moi et mes affaires* », Jacques. A plusieurs reprises, les personnes SDF interrogées ont fait part du climat d'insécurité qui règne dans la rue. Notamment, ces personnes sont souvent victimes de vols et d'agressions physiques. « *Je me suis fait agresser plus d'une fois par des jeunes qui voulaient me voler mon argent. J'ai même été hospitalisé dernièrement pour me faire opérer le poignet cassé à cause d'une agression* », Marc. Ces faits semblent plus fréquemment observés lors des périodes de versement des prestations sociales.

▪ *Un accès difficile aux structures d'hébergement temporaire*

Peu de structures tous publics

Dans ses missions, les centres d'hébergement d'urgence ont normalement pour vocation d'orienter les accueillis vers des solutions d'hébergement temporaire. Mais, l'offre locale dans ce domaine ne permet pas systématiquement de tendre vers cet objectif.

Il existe plusieurs structures d'hébergement temporaire sur l'île (CHRS, Résidence sociale, dispositifs ALT…), mais les personnes SDF n'y ont pas toujours accès. En effet, certaines de ces structures sont réservées à des publics particuliers : femmes victimes de violences avec ou sans enfant, ou encore sortants de prison. De plus, les structures étiquetées « tous publics » ne reçoivent que très peu de personnes SDF. Comme il a été vu précédemment, les personnes SDF ne sont pas forcément prioritaires.

Loin du parcours de réinsertion « idéal »

Cet accès difficile aux structures d'hébergement temporaire complique le travail de réinsertion des personnes SDF. Celles qui ont recours au dispositif d'hébergement de l'île, ont tendance à multiplier les séjours en centre d'hébergement d'urgence sans bénéficier d'une prise en charge par une structure d'hébergement temporaire. Pourtant, ce parcours permettrait aux personnes SDF d'avoir les moyens d'accéder plus facilement à un logement autonome.

La réinsertion des personnes SDF de l'île semble donc reposer surtout sur les structures d'hébergement d'urgence et les structures d'accueil de jour qui agissent au quotidien. C'est pourquoi un acteur de terrain du Port soulève le problème : « *Comment peut-on accompagner quelqu'un vers une réinsertion en 3 jours ! »,* conscient que les centres d'hébergement d'urgence détiennent une place cruciale dans la réinsertion.

Des problèmes liés à l'hébergement des personnes SDF

▪ *Le rapport au squat*

L'attachement au squat

A plusieurs reprises, les personnes SDF interrogées ont témoigné leur attachement à leur squat. Assimilé à un véritable lieu de vie, le squat constitue souvent un « abri de fortune », dans lequel le quotidien peut être difficile mais mieux que la rue. Cet attachement peut générer des difficultés de prise en charge. En effet, ces personnes ont moins recours aux hébergements d'urgence. Ils sont d'autant plus loin du « parcours idéal » de réinsertion évoqué ci-dessus. Toutefois, ils sollicitent les accueils de jour afin de bénéficier des différentes prestations. Ce recours peut donc constituer la porte d'entrée vers leur réinsertion.

L'absence d'accompagnement dans la destruction des squats

Les personnes SDF qui possèdent un squat évoquent une réelle peur à l'idée de voir leur squat détruit. « *I fé mal out kèr voir ou ti koin kasé-brizé. La fine ariv amoin dé troi kou. Zordi pou domin ou ariv é ou napi rien.*», Jacques. La destruction des squats peut être à l'origine de traumatismes psychologiques considérables. Elle ne semble pas toujours être suivie de mesure d'accompagnement des personnes SDF qui en sont expulsées. Pourtant, un accompagnement spécifique est nécessaire afin d'éviter un échec de plus.

L'attachement au squat ainsi que le manque d'accompagnement au moment de la destruction de leur « chez soi » peuvent ainsi constituer un frein dans la prise en charge de la personne SDF.

▪ *Une dimension territoriale importante*

Des zones blanches en matière d'hébergement

Jusqu'en 2009, il n'existait pas de centre d'hébergement d'urgence dans l'Est de l'île. Les services déconcentrés de l'Etat y ont remédié en permettant à la Halte du Père Etienne Grienenberger d'ouvrir le CHAU « Fleur d'eau » sur Bras-Panon. Cette nouvelle structure offre une capacité d'accueil de 30 places destinées tous publics. Cependant, « Fleur d'eau » ne présente pas de place réservée au public SDF.

De plus, les acteurs de terrain regrettent l'absence de structure d'insertion dans l'Est de l'île. Le manque de solutions restreint les possibilités d'hébergement des personnes SDF dans cette zone.

L'Ouest de l'île est dépourvu de place d'hébergement d'urgence. En cas de recours à un centre d'hébergement d'urgence, les personnes sont contraintes à se diriger vers les trois autres microrégions.

Cette inégale répartition géographique en matière d'hébergement peut freiner les demandes de certaines personnes SDF dans cette zone. Les statistiques du 115 le prouvent : moins de 5% des appels au 115 concernent des situations de la région Ouest.

L'attachement au territoire d'errance

On a souvent une vision des personnes SDF comme étant non sédentaires. Pourtant, au travers des entretiens, à plusieurs reprises, le contraire a surtout été noté. La notion de territoire tient une place importante, jusqu'à faire transparaître un certain attachement au territoire d'errance.

Les personnes SDF sont attachées à leur lieu de vie habituel, à leur quartier. « *Ce sont souvent des garçons la kour qui sont nés là et qui ont grandi dans la rue. Et qui finalement n'en sortent jamais* », un professionnel. Il paraît inconcevable pour ceux-là, en tous les cas, de se rendre dans une autre ville pour être hébergé. « *Les SDF d'ici ne veulent pas quitter la région de St-Benoît. St-Denis c'est loin pour eux* », un professionnel.

Au-delà des habitudes, la peur de l'inconnu existe réellement. En restant dans un endroit qu'ils connaissent, ils ont l'impression d'être en sécurité. « *Je préfère rester sur St-Joseph car ailleurs comme à St-Pierre, c'est dangereux* », Marc.

Malgré une proposition favorable pour un hébergement d'urgence, certains refusent en raison de l'éloignement du territoire d'errance. La prise en charge des personnes SDF doit donc intégrer cette problématique, qui va jusqu'à constituer un frein à l'insertion de certaines personnes SDF.

Des difficultés pratiques pour se déplacer

Au-delà de l'attachement des personnes SDF à leur territoire d'errance, l'aspect pratique d'un éventuel déplacement vers une structure d'hébergement peut constituer une contrainte. Deux raisons ont été évoquées lors des entretiens :

- une incapacité physique à se déplacer,
- les coûts financiers générés par les déplacements.

« *Je ne bouge plus en raison de mes problèmes financiers, avant j'allais sur St-Denis, St-André, St-Gilles* », Louis.

Autant de contraintes liées au territoire qui constituent des freins à l'insertion de certaines personnes SDF. L'exemple de François de St-Denis, rencontré à deux reprises lors de l'étude, l'illustre bien. A la première rencontre à la Boutique solidarité, il évoquait les conditions de vie difficiles de la rue et la difficulté qu'il avait de se trouver un lieu en sécurité pour la nuit. Il faisait preuve d'une volonté de s'en

sortir. Un mois après, lors d'une maraude de la Croix-Rouge, il est de nouveau rencontré. Il vient d'effectuer un séjour de 21 jours au CHU « Les Jonquilles ». Fier de son intégration dans la structure, il raconte la vie agréable dans le centre : « *Banna té i èm amoin bien akoz moin té done la min….. pou nétoyaz parékzanp.*». La réinsertion de cette personne aurait pu être très favorable, mais le parcours a pris fin. Une place en hébergement temporaire lui a été proposée. Il a fait part de son refus de cette solution en raison du lieu d'implantation de la structure qui devait l'accueillir. « *Banna té vé anvoy amoin Sin Pièr laba, moin la di non, lé tro loin. Mi préfèr rèt si Sin Dni.*» Pour des questions de territoire, cette personne échoue dans sa réinsertion. Cette problématique n'est donc pas négligeable.

▪ *La prise en charge difficile du public SDF*

Des comportements jugés difficiles à gérer

La prise en charge des personnes SDF n'est pas toujours simple. En effet, certaines personnes présentent des problèmes de comportement. L'abus d'alcool ou encore les problèmes psychiatriques sont autant de facteurs à l'origine de comportements agressifs. Les longues années passées à la rue ont fait perdre à certaines personnes leurs repères. A titre d'exemple, certaines personnes ont parfois perdu toute notion d'hygiène individuelle, mais également collective. La gestion des appartements collectifs diffus par les structures d'hébergement temporaire peut alors s'avérer complexe. Il est parfois difficile de faire prendre conscience à certains accueillis de l'importance de l'hygiène des parties communes pour favoriser une colocation réussie.

Certaines personnes SDF rencontrent de réelles difficultés à respecter les règles fixées par la structure. L'attitude des personnes SDF, au sein des centres d'hébergement, est jugée parfois peu acceptable par les professionnels qui sont contraints de ne plus les accepter. D'ailleurs, 11% des appels orientés vers l'hébergement d'urgence n'ont pas abouti en 2009, en raison d'un « refus lié à la personne ». C'est une contradiction avec le principe même d'un hébergement d'urgence qui se caractérise par un accueil inconditionnel des personnes, immédiat et anonyme.

Manque de solutions d'hébergement adaptées

Les solutions d'hébergement existantes sur l'île ne conviennent pas forcément à l'ensemble de la population SDF. La prise en charge au sein des structures d'hébergement actuelles n'est pas suffisamment adaptée à certaines catégories de personnes SDF :

- les hommes isolés SDF,
- les personnes SDF présentes depuis longtemps dans la rue, ayant perdu tous repères,
- les personnes SDF présentant des problèmes de santé, dont l'alcoolisme ou encore des problèmes psychiatriques.

Les acteurs sont partagés sur les solutions d'hébergement à mettre en place pour favoriser la réinsertion des personnes SDF. Cependant, les professionnels sont convaincus de la nécessité de diversifier les types d'hébergement*. « Nous devrions avoir à disposition un éventail de solutions sous la main* », un professionnel.

Des solutions sont envisagées au niveau local. Un projet de Lits Halte Soins Santé (LHSS), qui sera évoqué dans la suite du rapport, est en cours d'instruction. Egalement, un projet de maison-relais est en réflexion. Déjà présenté dans le SAHIR 2007-2011, il n'a pas encore été concrétisé. Sa mise en place permettrait de prendre en charge la part de la population SDF dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire.

L'action médiatique de l'association Don Quichotte a renforcé au niveau national le gouvernement dans sa volonté de trouver des solutions durables à l'hébergement d'urgence. Les dispositifs dits de « stabilisation » ont été retenus. Des expérimentations ont été menées dans plusieurs régions de France. Les centres de stabilisation y ont fait leurs preuves. Ils constituent des accueils permanents pour « SDF chroniques ». Ils sont mis en place pour les personnes à la rue depuis de longue date et souffrant de pathologies lourdes. « *Les structures traditionnelles ne sont pas en mesure de répondre de manière durable aux problématiques spécifiques de ces personnes très éloignées de tout projet d'insertion* »[5]. Mais, à La Réunion, aucune structure de ce genre n'existe.

L'objectif à terme : l'intégration vers et dans un logement autonome

▪ *Un contexte local non facilitateur*

La loi du droit au logement opposable (loi DALO) réaffirme le droit au logement, mais elle n'a pas eu l'effet escompté en raison du manque de logements sociaux mobilisables. Les professionnels y ont eu recours. Ils sont désormais conscients que ce dispositif a atteint ses limites du fait d'un parc locatif social à La Réunion très restreint.

En effet, le parc locatif social comprend 52 197 logements. Au 1er janvier 2008, 27 000 ménages étaient à jour de leur demande de logements auprès des bailleurs sociaux, ce qui représente à l'échelle de l'île près de 50% du nombre de logements sociaux existants[6]. Le problème est loin d'être résorbé au vue du rythme annuel faible de livraison de logements. De 2005 à 2008, ce sont en moyenne 1 000 logements qui ont été livrés par an. Ce contexte actuel contribue largement aux difficultés pour les personnes SDF d'accéder à un logement.

▪ *Accompagnement dans la recherche d'un logement*

Les personnes SDF peuvent être aidées dans leur recherche de logement. Plusieurs acteurs, dont les travailleurs sociaux des structures d'hébergement temporaire, sont susceptibles d'intervenir dans cette démarche qui consiste en une aide au montage de dossiers auprès des bailleurs sociaux. Mais, étant donné un passage par les structures temporaires relativement faible, d'autres acteurs tels que les travailleurs sociaux des Boutiques solidarité tiennent une place importante dans la recherche de logement.

De manière générale, l'accès à un logement locatif social est perçu comme difficile par les personnes SDF. Ce constat est d'autant plus affirmé, lorsque la démarche est entreprise sans aucun soutien de la part d'une structure d'hébergement temporaire. En effet, en fonction du bon déroulement du séjour, les personnes accueillies dans ces structures sont soutenues particulièrement auprès des bailleurs sociaux. L'accès à un logement autonome est alors facilité.

[5] « Un accueil permanent pour « SDF chroniques » - les revues – tsa-quotidien.fr
[6] Rapport d'activité 2009, Agence régionale de l'Ile de La Réunion de la Fondation Abbé Pierre

▪ *Accompagnement dans le maintien du logement*

Un constat : l'alternance fréquente rue/logement

Les professionnels des structures d'hébergement temporaire ont fait un constat : plus une personne passe de temps à la rue, plus il est difficile pour elle de se maintenir ensuite dans un logement. « *Ils reproduisent la vie de la rue dans le logement* » et finissent parfois par désinvestir le logement, d'où la nécessité d'une prise en charge en structure de stabilisation. Une fois l'acquisition d'un logement, un accompagnement social spécifique est aussi nécessaire. Cette démarche permet d'éviter le retour à la rue de certaines personnes SDF.

Un dispositif d'aide au maintien du logement : l'ASLL

Les structures d'aide aux personnes SDF ont compris l'importance d'accompagner et de suivre les personnes qui viennent d'intégrer un logement.

Le dispositif de l'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) constitue un bon moyen d'y parvenir. Géré par le Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) du Conseil Général, l'ASLL a pour objectif d' « outiller » les personnes afin de leur permettre de gérer au mieux leur logement. Les travailleurs sociaux d'associations ou de bailleurs sociaux entreprennent un accompagnement social et budgétaire. Ainsi la personne est soutenue à l'entrée dans son logement grâce à des actions du type :

- aide éducative budgétaire (suivi du maintien des paiements),
- veille au respect des droits et devoirs d'un locataire,
- accompagnement dans les démarches liées à l'installation dans le nouveau logement (ouverture des compteurs d'eau et d'électricité, aménagement)

Cette mission d'accompagnement dans le maintien du logement peut être aussi assurée par les travailleurs sociaux des Boutiques Solidarité. Leur soutien peut également se présenter sous forme d'une aide alimentaire « *pour les aider à boucler les fins de mois difficiles* ».

Le suivi varie entre 6 mois et 1 an, le temps pour la personne de se stabiliser.

Le Conseil Général déplore que peu d'associations soient positionnées dans la gestion de ce dispositif.

▪ *« Les marchands de sommeil »*

L'offre limitée en matière d'hébergement ou encore la pénurie de logements sociaux contraignent les personnes sans domicile à rechercher des solutions alternatives. Notamment, les personnes SDF n'ont parfois d'autres solutions que d'avoir recours à des « marchands de sommeil ». Ces personnes mal intentionnées n'hésitent pas à louer des abris de fortune moyennant des sommes d'argent non négligeables au vu des ressources financières faibles des personnes SDF. Ces solutions compliquent le travail de réinsertion de ces personnes.

Santé

Santé

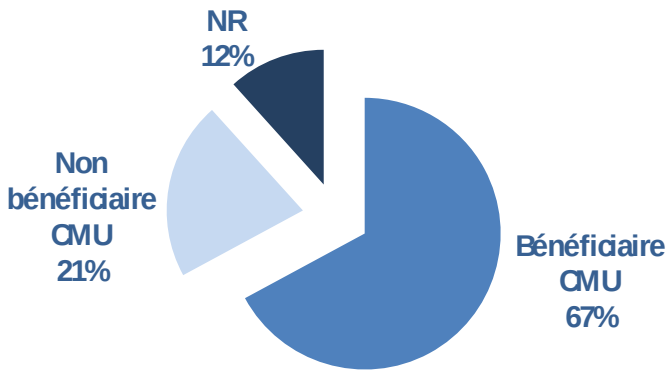
« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».[7]

Un accès aux droits de santé relativement satisfaisant

▪ *Une majorité de personnes SDF couverte par la CMU*

La grande majorité des personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête bénéficie de la couverture maladie universelle : 2 personnes sur 3 l'ont déclaré.
Seulement un quart des personnes sans CMU a déclaré posséder une autre couverture maladie.
Au final, 16% des personnes n'ont aucune couverture maladie. Ce résultat est peut-être sous-estimé en raison des informations manquantes (13% des personnes).
A noter que 40% des personnes sans CMU sont des jeunes de moins de 25 ans sans ressources.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon la CMU



Source : données de l'enquête ORS

[7] Article L.1110-1 du Code de la Santé publique

Il n'apparaît pas de différence significative selon la région. Le bénéfice de la CMU est déclaré par la majorité des personnes quelle que soit la région concernée.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon la CMU et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	244	66%	108	77%	72	55%	44	66%	20	67%
Non	78	21%	25	18%	27	21%	18	27%	8	27%
NR	46	13%	8	6%	31	24%	5	7%	< 5	7%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	322	88%	133	94%	99	76%	62	93%	28	93%

Source : enquête un jour donné

- ***L'ouverture ou la mise à jour des droits de santé : l'affaire de plusieurs acteurs***

Comme citée précédemment, une forte proportion des personnes SDF rencontrées lors de l'étude ont déclaré posséder une couverture maladie. Les solutions d'aide mises en place pour l'ouverture ou la mise à jour des droits de santé semblent donc relativement bien fonctionner. L'aide administrative relative figure parmi les missions de nombreux acteurs (les travailleurs sociaux de secteur des GUT, des Boutiques Solidarité, de l'hôpital ou encore les CCAS).

La lourdeur administrative pourrait en partie expliquer la part des personnes SDF usagères des services d'aide se déclarant sans protection sociale. De plus, les acteurs susceptibles de leur apporter cette aide sont nombreux, mais s'avèrent moyennement identifiés comme tels. La nécessité de communiquer sur les missions des acteurs est indispensable.

Un manque de suivi régulier des dossiers est souligné. Les acteurs interviennent le plus souvent de manière ponctuelle dans la mise à jour des droits de santé, ne permettant pas un suivi dans le temps.

Les résultats de l'enquête quantitative ont mis en évidence une part importante de jeunes de moins de 25 ans ne bénéficiant d'aucune protection sociale. La situation de ces derniers semble plausible en raison de leur âge, mais cela n'exclut pas cependant qu'ils aient peut-être des droits « dormants » au sens de droits existants, mais inconnus des individus[8].

[8] Source : Insee Première n°893, Avril 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, Bernadette de la Rochère, division Conditions de vie des ménages, Insee

- ***Exemples de mesures préventives permettant d'éviter les ruptures de droit de CMU***

Lors de la phase qualitative de l'enquête, deux initiatives de prise en charge des personnes SDF face à leurs droits de santé ont été soulignées.

La première concerne l'intervention de l'éducatrice spécialisée de la PASS du GHSR à la Boutique Solidarité de St-Pierre. Elle se déplace sur le terrain afin de faciliter la récupération des droits sociaux des personnes en situation de grande précarité fréquentant cette structure d'accueil de jour. Cette intervention est bénéfique pour les personnes SDF. L'éducatrice spécialisée veille à la bonne mise à jour des droits de santé. Elle assure une permanence régulière à la Boutique solidarité permettant ainsi un suivi régulier des dossiers de santé. En effet, cette mesure préventive permet d'éviter des ruptures de droit de santé à la fois préjudiciable à la personne SDF mais également au système de santé.
Une personne SDF prise en charge par l'hôpital sans protection sociale a deux mois pour mettre à jour ses droits de santé. Dans le cas contraire, l'hôpital n'aura pas la garantie de se faire rembourser les frais relatifs aux actes médicaux dont il aura bénéficiés. Les personnes SDF peuvent se retrouver avec d'énormes dettes pour lesquelles elles sont dans l'incapacité d'en assurer le remboursement. L'hôpital trouve un grand intérêt à agir en amont d'un passage éventuel mais fort probable d'une personne SDF. C'est aussi un gain de temps pour la PASS qui sera amenée à réunir l'ensemble des pièces administratives nécessaires au rétablissement des droits.
Une généralisation de cette initiative serait bien à envisager. Mais d'ores et déjà, il semblerait que la démarche se heurterait à des freins institutionnels.

L'autre exemple qui mérite d'être abordé est celui de la procédure mise en place par la Mairie de St-Joseph. Pour chaque personne domiciliée au niveau du service d'aide sociale légale, un dossier est constitué. Les pièces administratives les plus importantes y sont regroupées afin d'en faciliter l'accès en cas de besoin. Les accueillants assurent l'aide administrative nécessaire pour la mise à jour des droits de santé ou l'envoi d'une déclaration d'impôts par exemple. Le service profite de la venue des personnes au moment de la récupération des courriers pour vérifier la validité de la couverture de santé. Quand la date de fin de couverture est proche, les personnes en sont informées systématiquement. Une procédure de mise à jour des droits de santé débute alors afin d'éviter toute rupture administrative. La porte d'entrée utilisée est la domiciliation pour pouvoir s'assurer de la bonne mise à jour des dossiers administratifs les plus importants.

Les réponses apportées par le système de santé à la problématique des inégalités sociales de santé, étaient de faciliter l'accès aux droits de santé afin de garantir une couverture à tous. Malgré cette volonté, un certain nombre de personnes SDF restent sans couverture maladie et leur accès aux soins est d'autant plus rendu difficile.

La CMU devrait permettre à chacun de se faire soigner quand cela est nécessaire. En réalité un nombre important de personnes et notamment une grande majorité de personnes vivant à la rue ne reçoivent pas les soins médicaux dont elles ont besoin, comme nous l'ont fait remarqué les bénévoles de la Croix-Rouge et de Médecins du Monde. La mise à jour des droits de santé apparaît comme un préalable nécessaire, mais ne résout pas à lui seul la question de l'accès aux soins de santé.

Des problèmes d'accès aux soins

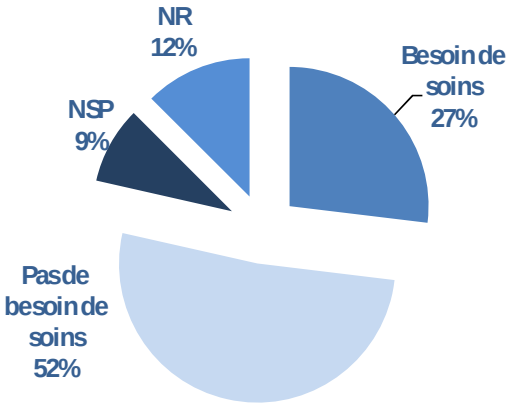
▪ *Une demande de soins peu exprimée*

Selon les données de l'enquête quantitative, les soins n'apparaissent pas comme une préoccupation des personnes SDF.

Plus d'un quart des personnes SDF rencontrées le jour de l'enquête ont déclaré avoir besoin de soins de santé particuliers. Parmi ce public qui exprime une demande de soins, les personnes de 55 ans ou plus et les personnes dont la situation date d'au moins 5 ans sont surreprésentées (respectivement 20 et 30%). A l'inverse, les 18-24 ans sont sous-représentés.

Au travers des commentaires apportés, l'alcoolisme et les troubles psychiatriques sont évoqués.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le besoin de soins



Source : enquête un jour donné

Il n'y a pas de différence significative selon les territoires considérés.

Répartition des personnes SDF ayant eu recours aux structures le 21/01/2010 selon le besoin de soins et la région

	Ensemble		Sud		Nord		Ouest		Est	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Besoin de soins	98	27%	39	28%	32	25%	16	24%	11	37%
Pas besoin de soin	188	51%	87	62%	52	40%	37	55%	12	40%
NSP	33	9%	9	6%	14	11%	6	9%	< 5	13%
NR	49	13%	6	4%	32	25%	8	12%	< 5	10%
Total	368	100%	141	100%	130	100%	67	100%	30	100%
Total renseigné	319	87%	135	96%	98	75%	59	88%	27	90%

Source : enquête un jour donné

Lors de la phase qualitative de l'enquête, les différents accueillants se sont rejoints pour dire qu'il existe des besoins de soins chez les personnes à la rue, mais la demande de soins est loin d'être clairement formulée.

En effet, les besoins en matière de soins médicaux sont nombreux car les personnes vivant à la rue sont davantage sujettes aux maladies chroniques et infections[9]. Mais il est difficile pour eux d'en formuler une demande explicite. Se pose alors le constat d'un réel décalage entre les besoins de santé existants et l'expression claire d'une demande de soins.

S'agirait-il d'une mauvaise appréciation de la santé de la part des personnes SDF ? Pour certains problèmes de santé, la réponse serait affirmative. Les maladies ayant attrait à la psychiatrie sont difficilement appréciables par les personnes elles-mêmes. Elles ont plus de difficulté à s'en rendre compte. En revanche, la prise de conscience des problèmes liés à l'alcoolisme paraît plus aisée sans que pour autant les conditions pour en guérir ne soient réunies par la personne. La nécessité d'un travail d'accompagnement spécifique pourrait se justifier pour faire émerger une demande et inciter ces personnes à intégrer un parcours de soins.
Cette mauvaise appréciation peut s'expliquer en partie par la différence qu'il existe sur la notion de l'état de « bonne santé » comme le montre l'enquête menée par Médecins du Monde Océan Indien en 2008. Sur les 92 personnes SDF interrogées auprès des Boutiques solidarité de St-Pierre et St-Denis et au niveau de l'EDSI, plus de 44,5% se sont jugées en bonne santé et seulement 13 ont déclaré se trouver en « mauvaise santé ». Pourtant plus d'un tiers ont déclaré avoir un problème de santé chronique et 20% de ceux qui trouvent leur état de santé bon ou très bon avaient un problème de santé chronique.

Le rapport au corps des personnes SDF n'est aussi pas le même que la population générale. Les conditions de vie difficiles ont des conséquences sur la manière de se représenter leur corps. Les personnes présentes dans la rue ne portent pas la même attention à leur santé. La santé n'est souvent « pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver », comme le souligne Médecins du Monde dans son dernier rapport.[10]

- ***Une mauvaise utilisation du système de droit commun des usagers SDF***

Un retard de recours aux soins

La bibliographie se rejoint pour dire que les personnes SDF font appel au système de soins plus tardivement que la population générale. Les personnes sont souvent amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant. D'ailleurs si on se réfère aux résultats de l'enquête de la Mission France Océan Indien, dans plus de la moitié des cas, le motif de recours au généraliste lors de la dernière consultation était ressenti comme un problème urgent.
Ils n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé.

[9] La santé des personnes sans chez soi, Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, novembre 2009
[10] Rapport annuel 2008 de Médecins du Monde

Le retard de recours aux soins a de graves conséquences sur la santé des personnes. Il entraîne des pathologies aggravées et des polypathologies.

Un médecin traitant bien identifié pour certains, mais pas de recours systématique

Les personnes rencontrées lors de l'enquête ont pour la plupart déclaré avoir un médecin traitant identifié administrativement. Ce résultat de la phase qualitative est corroboré par les résultats de l'enquête menée par MdM. En effet, il est souligné un lien « fort » avec le généraliste. 70% ont désigné un médecin traitant sans pour autant y recourir systématiquement.

Franchir le seuil des médecins de ville n'est pas aussi simple pour les personnes SDF. Le regard des autres personnes dans les salles d'attente peut constituer une gêne. Les personnes SDF stigmatisées peuvent ressentir un sentiment de vulnérabilité ou de honte d'où leur réticence à se rendre chez leur médecin.

Les urgences, une porte d'entrée vers les soins

Les urgences sont un des lieux les plus fréquents du premier contact des personnes SDF avec le système de soins. Leur utilisation du système de santé ne leur permet pas d'être soignés en amont des urgences. Les deux raisons vues précédemment expliquent en partie cette particularité de l'accès aux soins.
La troisième raison est qu'elles sont d'ailleurs plus souvent que les autres personnes amenées inconscientes à l'hôpital par les pompiers lors d'épisodes aigus sur la voie publique : chutes, agressions physiques, etc.

Les personnes qui se retrouvent au niveau des services des urgences sont souvent dans un état sanitaire sévère. Paradoxalement, selon les auditions réalisées et les témoignages existants dans la littérature sur le sujet, elles sont moins bien accueillies et souvent moins bien examinées.
L'accueil qui leur est réservé est souvent discriminant. Les hospitalisations sont plus rares même dans les cas où elles seraient pleinement justifiées.

Les prises de risque importantes des personnes SDF (alcoolisation massive, traumatisme, non observance des traitements prescrits) interviennent sur un état de santé déjà très dégradé. La prise en charge sanitaire classique permet de traiter l'épisode aigu mais n'a pas d'impact sur le long terme. Aussi les séjours aux urgences vont se succéder. Les travailleurs sociaux des PASS de l'île, presque systématiquement appelées lors des entrées de personnes SDF aux urgences, déclarent : « *ce sont souvent les mêmes qui sont amenées aux urgences* ». Pour les professionnels hospitaliers, ces épisodes successifs entraînent un sentiment d'échec.

A Strasbourg, la création d'une structure expérimentale d'accueil permanent pour « SDF chroniques » est née d'un constat : sapeurs-pompiers, policiers municipaux et services d'urgences des hôpitaux intervenaient plusieurs fois par semaine auprès des mêmes personnes sans-abri, du fait de leur consommation excessive d'alcool sur la voie publique. Une réflexion particulière a été menée sur une prise en charge sanitaire et

sociale plus adaptée. Pour mieux cerner les besoins de la structure, le groupe de travail s'est appuyé sur le profil de cinq hommes isolés âgés de 57 à 60 ans, bien connus des travailleurs sociaux. A eux seuls, ils ont totalisés au cours de l'année 2007, 511 jours d'hospitalisation. Sachant que le coût moyen d'une journée d'hospitalisation s'élève à 1 093 euros, la prise en charge de ces cinq personnes à l'hôpital a représenté près de 600 000 euros. Le budget annuel de cette structure expérimentale qui possède 15 places, s'élève à 350 000 euros. Au-delà de l'aspect purement comptable, la nouvelle structure vise à réduire le nombre d'hospitalisations en urgence, et amener ces usagers à prendre leur santé en charge dans un parcours de droit commun[11]. A La Réunion, une réflexion précise sur la plus-value de ce genre de structure serait intéressante.

- ***Des freins institutionnels qui ne favorisent pas l'accès aux soins***

Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes. Mais ce retard peut également s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes. Au regard des témoignages de personnels de l'hôpital, certains professionnels affichent des réticences à prendre en charge les personnes SDF. Une assistante sociale d'une PASS du département relatait la difficulté qu'elle avait de trouver une aide-soignante qui voulait bien s'occuper de la douche d'une personne SDF afin de faciliter les soins à prodiguer. La stigmatisation dont fait l'objet la personne SDF conditionne en partie sa difficulté d'accéder aux soins.

Les médecins généralistes de ville rencontrent parfois des difficultés à recevoir ce public. Notamment, plus la présentation physique des personnes est dégradée, plus la mixité de populations dans les salles d'attente peut paraître problématique.

Le système de droit commun ne paraît pas toujours adapté aux personnes SDF le plus souvent désocialisées.
Dans le cadre de la Loi de Lutte contre les exclusions, des dispositifs spécifiques destinés aux plus démunis ont été mis en place afin de favoriser un accès aux soins dans le cadre du système de droit commun. Mais les conditions favorables pour que les personnes sans chez soi puissent aller vers un soin de qualité ne sont pas remplies. C'est le cas notamment au regard du fonctionnement des quatre PASS de l'île.

[11] « Un accueil permanent pour « SDF chroniques » - les revues – tsa-quotidien.fr

Les PASS, un bon dispositif manquant de fonctionnalité

Les missions réglementaires des PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont été mises en place afin de :

- faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité,
- leur assurer une qualité de prise en charge et de suivi, dans une approche pluri-professionnelle,
- les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, en étroite coordination avec les acteurs sanitaires et sociaux tant internes qu'externes.

Cette structure répond à la mission de lutte contre l'exclusion sociale du PRAPS en proposant à la fois des consultations sociales et médicales.

Les quatre PASS du département

Les quatre PASS sont installées essentiellement dans l'enceinte de l'hôpital et le plus souvent à proximité des services des urgences. L'emplacement a ses avantages pour les personnes SDF dont la porte d'entrée principale vers les soins est le service des urgences. Mais le manque de signalétique n'en facilite pourtant pas l'accessibilité. De plus, les locaux alloués aux PASS sont restreints. Ils se limitent le plus souvent uniquement aux bureaux des assistantes sociales. Il n'y a pas de lieu spécifique destiné aux consultations médicales. Les soins nécessaires sont prodigués au gré des salles de consultations disponibles à l'hôpital. La plupart du temps la consultation est effectuée au niveau des urgences.

L'autre difficulté pour pouvoir bénéficier de soins réside dans la disponibilité des soignants. Les quatre PASS ne disposent pas de personnel médical spécifique. Quand un professionnel de santé est nécessaire, les autres services de l'hôpital sont sollicités. L'accent a surtout été mis sur les consultations sociales. D'ailleurs, le point commun aux quatre PASS est la présence forte d'assistantes sociales. Peu de personnels administratifs sont rattachés aux PASS. Seuls deux PASS bénéficient de la présence d'une secrétaire, mais à mi-temps.

Les patients sont accueillis dans le cadre de la PASS s'ils répondent à des critères d'orientation préalablement définis dans certaines PASS de l'île. Ce qui signifie pour celles-ci qu'il existe à l'intérieur de l'établissement une procédure d'orientation vers la PASS. Les personnes concernées par une prise en charge par la PASS sont des personnes dans une situation de grande précarité présentant des problèmes dans la mise à jour de leurs droits de santé.

Les assistantes sociales des PASS sont bien identifiées au niveau du bureau des entrées et du service des urgences. Elles sont assimilées comme les référents SDF : « *Ah vous voulez voir l'assistante sociale chargée des SDF* ». En revanche, la PASS proprement dite est peu connue. Les missions de la PASS restent floues en interne à l'hôpital. Le parcours de soins n'est pas identifié faute de clarification des missions au sein même de l'hôpital.
En externe, le manque de communication se fait aussi ressentir. Le dispositif est peu connu des acteurs de terrain et encore moins des SDF eux-mêmes.
Ces constats s'expliquent en partie par le fait qu'il n'existe pas de plaquette d'information à jour. De plus, les sites internet des hôpitaux ne comprennent pas de présentation du dispositif.

Des changements ont déjà été amorcés.

- Des partenariats sont d'ores et déjà bien mis en place, notamment avec les acteurs sociaux et les services administratifs. Des référents ont été identifiés au niveau de la CGSS, de la CAF afin de faciliter les démarches administratives des dossiers relatifs aux SDF.
- Les plages horaires des PASS ont été adaptées aux besoins des usagers. A St-Denis, par exemple, la PASS a élargi ses horaires au samedi. Ce changement s'opère en raison d'un constat clair : la fréquentation y est tout aussi importante, surtout au moment du versement des prestations sociales.
- Des référents médicaux dans chaque PASS ont été désignés pour permettre la mise en place d'une coordination efficace avec les acteurs internes et externes. Des permanences médicales devraient être mises en place prochainement, mais pas dans toutes les structures.
- Pour garantir l'accès aux médicaments, des conventions ont été passées en interne avec les pharmacies des hôpitaux. En externe, le remboursement par la PASS de frais liés à la prise de médicaments auprès de pharmacies en ambulatoire est possible.
- Une plaquette de présentation commune est en cours de réalisation. Elle comprendra les coordonnées de chacune des quatre PASS.

Les personnes SDF usagères des PASS nécessitent souvent un accompagnement social particulier pour mettre à jour leurs droits de santé. Dans ces conditions, l'accès aux droits de santé doit passer par une démarche « d'aller vers » adaptée au public de la rue. Comme vu précédemment, la PASS du GHSR a mis en place à cet effet une démarche originale. L'assistante sociale de la PASS assure une permanence à la Boutique solidarité de St-Pierre. Cette initiative vise à réduire conjointement les inégalités sociales et territoriales de santé en intervenant directement auprès d'un public usager de la PASS.

Au-delà de l'aide apportée pour la mise à jour des droits, les assistantes sociales des PASS travaillent à une prise en charge globale de la personne. En matière d'aide pour le public SDF usager des PASS, les démarches liées à la recherche d'un logement ou d'une place d'hébergement sont fréquentes. Mais à la sortie de l'hôpital, les solutions sont restreintes. Se pose alors la question de l'articulation avec les autres professionnels.

Des soins difficilement assurés dans la rue

L'absence de LHSS

La prise en charge des personnes SDF soulève d'autres problèmes en particulier sur le manque de solution en aval du séjour hospitalier. Le personnel social des PASS rencontre de grandes difficultés dans la gestion des sorties d'hôpital des personnes SDF. Les acteurs de terrain déplorent l'absence de solution d'hébergement pour les personnes en besoin de soins de suite. Une analyse approfondie des freins institutionnels à l'origine de difficultés d'accès aux soins pointerait du doigt l'absence du dispositif médico-social des Lits Halte Soins Santé (LHSS). Ce manque de solution d'aval aux séjours hospitaliers des personnes SDF a des conséquences problématiques.

Une fois de retour à la rue, les soins nécessaires peuvent être difficilement assurés. Sans suivi de soins, l'état de santé des personnes peut se détériorer rapidement dans la rue et générer des complications.

Les centres d'hébergement d'urgence se trouvent contraints de prendre en charge le plus souvent des personnes récemment sorties de l'hôpital nécessitant des soins qui sont alors assurés au niveau de la structure même. Ils n'ont pourtant pas cette vocation ni même les compétences nécessaires à assurer ce type de prise en charge. D'ailleurs, leurs locaux ne sont pas adaptés à l'accueil de personnes à mobilité réduite.

Le dispositif LHSS répond au besoin de prise en charge sanitaire et sociale des personnes sans domicile nécessitant un soin mais ne relevant pas ou plus de l'hôpital. Les LHSS sont un des premiers dispositifs affirmant que la santé ne peut se concevoir sans un toit. Autre spécificité, ils accueillent des personnes quelque soit leur situation administrative. Enfin, ils promeuvent une démarche pluridisciplinaire et le travail en réseau. En cela ils sont parfaitement adaptés à la population des sans domicile.

Un projet de LHSS qui représenteraient 20 places dans le Nord et 10 places dans le Sud est en cours d'instruction. Les acteurs y sont très favorables. La mise en place de ce dispositif devrait permettre une articulation logique et nécessaire entre l'hôpital et les centres d'hébergement.

D'autres solutions

Les assistantes sociales des PASS travaillent sur d'autres orientations possibles des patients SDF à leur sortie de l'hôpital : centre de convalescence ou maison de retraite. La constitution des dossiers ainsi que l'accompagnement nécessaire font partie des prestations assurées par les 4 PASS.

Là aussi des difficultés sont rencontrées. Les centres de convalescence présentent quelques réticences à accueillir des usagers SDF. Les conduites addictives et les troubles du comportement qu'ils présentent posent des problèmes dans leur prise en charge.

Le placement en maison de retraite se heurte également à des difficultés. Au-delà du nombre de places limité, la constitution des dossiers d'admission s'avère complexe pour la population des sans domicile. Les procédures d'amission des personnes âgées SDF sont jugées contraignantes par les travailleurs sociaux. L'absence de certains documents tels que l'avis d'imposition peut être à l'origine de blocages importants. L'entrée en institution oblige à faire appel à un financement par l'aide sociale. La mise sous curatelle est souvent une solution adoptée pour une garantie de paiement. Pour les personnes ayant des enfants, faire appel à l'aide sociale, c'est aussi entrer dans une démarche d'enquête sociale afin de juger de leur solvabilité. Mais cette démarche contraint de renouer les liens avec une famille avec qui ils n'ont plus de relation depuis de longues années. Autant de contraintes qui ne permettent pas un placement en institution facilité.

Se pose également le problème des personnes vieillissantes à la rue, mais insuffisamment âgées pour être placées en maison de retraite. L'OMS définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines dispositions concernant les personnes âgées. Le vocable « vieillissant » a été choisi, car il existe à la rue des personnes trop jeunes pour relever de cette définition réglementaire mais dont l'état physiologique les ramène dans cette catégorie. Les professionnels de terrain sont de plus en plus confrontés à ce problème à La Réunion. Il n'existe pas de solution pour ces personnes qui devraient bénéficier d'un soutien adapté à leur situation.

- ***Les permanences médicales de Médecins du Monde (MdM) : une solution palliative***

L'accès aux soins pour les personnes SDF est rendu difficile pour les différentes raisons abordées précédemment. La méconnaissance du système de soins peut également en être une autre, ainsi que le manque de démarche s'appuyant sur le principe « d'aller vers ». Pour ces raisons, une partie de la population des personnes SDF reste en marge des dispositifs de droit commun de santé.

Au regard des problèmes rencontrés par les personnes SDF pour accéder aux soins, MdM, sollicité par les acteurs de terrain, organise des permanences médicales aux consultations gratuites.

Sur St-Denis, les consultations ont lieu sur deux sites principaux : à la Boutique Solidarité et à l'EDSI, deux accueils de jour pour personnes en situation de grande précarité.
Les permanences sont bien connues et appréciées des personnes SDF. En 2008, 225 consultations médicales ont été réalisées à l'EDSI pour 91 patients soit environ 6 consultations par patient en moyenne. Parmi ces 91 patients, 35 étaient des « nouveaux patients » (38%).[12]

L'équipe de bénévoles de l'association comprend des médecins, une psychologue, des infirmières et des pharmaciens. Les permanences peuvent également compter sur la présence de dentiste.

Des examens cliniques avec prescription possible de médicaments ainsi que des soins de base (nettoyage de plaies) sont pratiqués. Par ses actions, Médecins du Monde apporte une solution palliative aux problèmes d'accès aux soins dont sont victimes les personnes SDF.

Chaque nouvelle consultation donne lieu à la création d'un dossier médical qui suivra le patient. Les actes, les demandes, les motifs de consultation et les diagnostics y sont reportés. Cette procédure permet un suivi dans le temps des personnes SDF.

Les consultations médicales sont de type « bas seuil ». Elles sont favorisent l'écoute afin de mieux répondre aux demandes souvent difficiles à interpréter de cette population. Ces consultations offrent l'opportunité d'orienter le plus possible vers le système de droit commun. En ce sens, un partenariat privilégié est établi avec la PASS de St-Denis.

Un partenariat intéressant entre MdM et la Croix-Rouge a été établi sur St-Denis, depuis fin 2009. Des infirmiers bénévoles de MdM participent aux maraudes du Samu social. Cela permet aux bénévoles de MdM d'entrer au contact avec une population qui n'est pas vue lors des consultations à l'EDSI ou à la Boutique Solidarité. Un premier examen clinique est effectué par les bénévoles au cours de ces maraudes. L'objectif est là aussi d'inciter les personnes dans le besoin de soins à recourir aux dispositifs de droit commun pour se faire soigner.

[12] Mission France Océan Indien. Bilan d'activité de l'année 2008. Juillet 2009.

A St-Pierre, une permanence de MdM a également été mise en place au cours du mois d'avril 2010. Les consultations ont lieu dans les locaux de la Boutique solidarité.

Là où MdM n'intervient pas, les besoins de santé paraissent importants selon les professionnels. C'est pourquoi les acteurs de proximité d'autres villes (St-Benoît, Le Port, St-Paul) souhaiteraient mettre en place un partenariat avec l'association. Mais les permanences demandent une organisation complexe surtout en terme de recrutement de bénévoles. De fait, il est difficile de généraliser ces actions sur l'ensemble de l'île.

D'autres solutions alternatives sont en réflexion. A St-Benoît, dans l'attente de la livraison des nouveaux locaux du Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) et la mise en place de permanences médicales par la PASS, l'hôpital voudrait établir un partenariat avec des médecins de ville pour garantir un accès aux soins des personnes SDF. Les actes pratiqués par les professionnels en ambulatoire seraient pris en charge par la PASS. Cette initiative pourrait permettre le désengorgement des urgences.

Des problèmes de santé récurrents

▪ *Motifs de recours ou problèmes les plus rencontrés lors des permanences de MdM*

Les conditions de vie difficiles, le stress, une mauvaise alimentation fragilisent la population SDF et augmentent les risques d'être malade. Les différences d'état de santé sont accentuées par un recours aux soins plus tardif.[13]

D'après les données de la littérature, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires…), sa prévalence est toujours plus importante chez les personnes SDF usagères des services d'aide que dans l'ensemble de la population.

En 2008, à l'EDSI, 358 pathologies et/ou motifs de consultations ont été recensés par MdM, 21 consultations concernaient un problème social.
Si les motifs de consultations sont divers, l'état de santé des patients correspond bien au mode de vie et à la vulnérabilité de ces personnes.
Trois types de pathologies sont majoritairement rencontrés qu'ils soient ou non le motif de consultation originel :
- des pathologies dermatologiques : mycoses, dermatoses
- des pathologies psychiatriques au sens large : dépression, alcoolisme chronique, troubles du sommeil, schizophrénies…
- des pathologies ostéo-articulaires.

Au second plan arrivent les pathologies dites de médecine générale : plaies et affections saisonnières pour la plupart.

A plusieurs reprises, lors des entretiens individuels, les personnes SDF ont déclaré présenter des troubles du sommeil. Les conditions de vie difficile dans la rue liées à la météorologie, le climat d'insécurité dans lequel ils vivent sont autant de causes possibles.

L'état dentaire des personnes SDF est jugé problématique. Lors de l'enquête réalisée par MdM en 2008, un quart de l'échantillon a déclaré souffrir de maladies concernant les dents ou les gencives. Paradoxalement, les personnes SDF usagères des services d'aide consultent moins les dentistes que l'ensemble de la population.

Finalement les acteurs de terrain sont unanimes pour soutenir que les deux problèmes de santé les plus importants chez les personnes SDF sont ceux liés à la psychiatrie et à l'alcoolisme.

[13] De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n°893.

- ***La problématique psychiatrie***

Cause et/ou conséquence du passage à la rue

Les problèmes de santé mentale chez les personnes SDF sont fréquents. Les systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social) repèrent l'expression de souffrances psychiques. Ils sont à la fois une cause et une conséquence du passage à la rue. Les conditions de vie difficiles dans la rue entraînent une forte souffrance psychologique qui lorsqu'elle préexiste avant le passage à la rue est accentuée. Ces conditions compliquent en plus l'accès aux soins de ces personnes et le suivi des traitements.

L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics. D'ailleurs, lors de la phase quantitative, à la question « *Avez-vous besoin de soins de santé particuliers ?* », les personnes y répondaient négativement. Pourtant les commentaires laissés par les professionnels évoquaient les besoins de santé en matière de psychiatrie des personnes interrogées.

Les problèmes psychiatriques sont souvent à l'origine de comportements agressifs difficiles à gérer pour les acteurs de terrain. Notamment, les maladies psychiques rendent plus difficile l'accès aux structures d'hébergement. D'ailleurs, en 2008, 11% des appels passés au 115 qui ont été orientés vers une solution d'hébergement d'urgence n'ont pas abouti pour un motif lié à la personne. Soit environ 24 personnes identifiées comme des « indésirables » car posant des problèmes aux centres d'hébergement d'urgence.

L'intervention d'une équipe mobile spécialisée en psychiatrie

La nécessité d'élaboration de réponse aux besoins de santé mentale des personnes SDF est une évidence. C'est d'ailleurs pour cela que depuis avril 2009, une Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie (EMSP) a été mise en place à l'EPSMR. Cette équipe intervient uniquement dans le Nord de l'île (Ouest, Nord, Est), champ couvert par l'EPSMR.

Constituée d'un psychiatre, d'une psychologue, de deux infirmières et d'une coordinatrice, l'EMSP s'adresse à deux catégories principales de publics :

- les personnes en situation de précarité et d'exclusion
- les professionnels de première ligne.

Les secteurs psychiatriques et les soignants de « droit commun » sont également impliqués dans les actions.

Les lieux d'intervention de l'EMSP sont les structures d'accueil de jour (Boutiques Solidarité, EDSI, association Agir contre l'exclusion), les structures d'hébergement d'urgence et temporaire (CHU, CHRS, relais sociaux)... Les relations entre l'EMSP et ces différents intervenants sont formalisées dans le cadre de conventions. Des permanences y sont assurées par les infirmières. Des entretiens pré-thérapeutiques sont réalisés. L'objectif est de faire prendre conscience à la personne SDF de ses problèmes psychiques et de la

nécessité d'être suivie. L'EMSP ne se substitue en aucun cas aux obligations de prise en charge des équipes psychiatriques de secteur. Elle constitue, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de « droit commun » des CMP notamment, vers qui sont le plus souvent orientées les personnes SDF usagères des services d'aide.

L'intervention de l'EMSP repose sur le principe « d'aller vers » nécessaire en réponse à un public SDF très désocialisé. L'équipe se tient disponible à toute sollicitation là où elle se présente. Sur le même principe, les professionnels de certains CMP de l'île assurent des permanences au sein des structures d'aide pour les SDF. Ces initiatives présentent un grand intérêt dans l'accès aux soins de ces personnes dans le besoin.

Le rôle de l'EMSP est justifié par l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de l'usager, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne. L'EMSP soutient les acteurs de terrain par des actions de formation visant à favoriser le repérage précoce de troubles psychiques (prévention secondaire). Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne qui acquièrent des outils permettant d'améliorer la prise en charge du public SDF présentant des problèmes psychiatriques.

Malgré la formation, les acteurs de terrain se sentent impuissants, isolés face à la manifestation de crises aigües de la part de certains accueillis. Les professionnels de première ligne déplorent l'absence d'intervenants agissant dans l'urgence. La plupart des professionnels rencontrés lors de l'enquête ne comprennent pas que l'urgence ne fasse pas partie des missions de l'EMSP. Quand l'équipe en est informée, elle intervient trois jours après l'épisode de crise pour essayer d'orienter la personne. Cela s'avère insuffisant selon les acteurs.

L'EMSP n'a pas pour porte d'entrée la rue. Se pose ainsi le problème des personnes ne fréquentant aucune structure d'aide. Ce sont pourtant ces personnes qui sont les plus fortement désocialisées, présentant de gros besoins de soins. Le déploiement de l'EMSP dans les rues notamment au travers des maraudes de la Croix-Rouge serait apprécié des acteurs de terrain.

Des disparités géographiques

Le Sud de l'île n'est pas doté d'une équipe mobile spécialisée en psychiatrie. Les acteurs de terrain sont pourtant en demande forte d'intervention de ce type.
Les professionnels de santé du secteur de la psychiatrie avancent les énormes besoins de santé que représente le public SDF du Sud de l'île. Un projet du GHSR d'une équipe mobile de santé mentale précarité a été remis aux décideurs. En plus d'un temps de présence infirmier dans un lieu donné, les personnes ayant participé à l'élaboration de ce projet aimerait prévoir un temps de maraude dans la journée.

▪ *La problématique des addictions*

La prise en charge des addictions chez les personnes à la rue est sans conteste problématique. A plusieurs reprises lors des entretiens individuels, les personnes ont déclaré boire régulièrement de l'alcool ou consommer des produits illicites. Et parmi eux, certains avancent même le fait d'avoir besoin d'en consommer pour oublier les conditions difficiles de vie dans la rue. Notamment Marc déclarait au sujet de la destruction répétée de ses squats : « *Moin mi fim zamal pou gingn siport in vi koma. Sansa mi ansort pa moin.*».

L'alcool reste le produit le plus consommé par les personnes SDF. La prise en charge des personnes SDF présentant des problèmes liés à l'alcool peut se faire par le biais du système de droit commun. En ambulatoire, les personnes SDF peuvent être orientées vers les CCAA/CAA et les CSST. En hospitalier, ce sont les services addictologiques ou encore l'IRD qui assurent leur prise en charge. Il n'existe pas de structure spécifique de prise en charge des personnes SDF. Elles sont inclues dans la file active des patients de ces différents dispositifs. En particulier, en 2009, 37 personnes SDF ont été suivies dans les CCAA, soit 1,3% de la file active ; 23 personnes SDF dans le CSST Ouest, soit 5% de la file active et 2 personnes SDF dans les CSST Nord et Sud, soit 1% de la file active.

Le constat le plus souvent posé par les acteurs de terrain est que la prise en charge n'est pas suffisante pour le public SDF. Il y a un « sentiment d'échec » et même une « impression de cures à répétition ». « *Ah celui-là par exemple il n'en est pas à sa première cure* », un professionnel. Les acteurs regrettent le retour trop rapide des personnes SDF prises en charge pour des problèmes d'alcool à la rue. Les cures de sevrage devraient s'inscrire dans une démarche globale d'accompagnement aboutissant à un hébergement stabilisé à la sortie.

Dans certains accueils de jour, les professionnels de CCAA/CAA interviennent directement dans la structure. Ces initiatives reposant également sur le principe « d'aller vers » sont très appréciées des acteurs de terrain. La généralisation de ce genre d'intervention serait appréciée du reste des acteurs.

Ce principe d' « aller vers » est également la base du travail de rue mis en place par la Kaz'Oté par le biais de son CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues). Situé à St-Paul, la Kaz'Oté assure un accueil inconditionnel des personnes en difficulté avec les produits psychotropes. Elle se décompose en un CSST (Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes) et un CAARUD (mobile et fixe).

En ce qui concerne le CAARUD, l'équipe mobile (CAARUD rue) se compose de trois binômes d'intervenants de rue qui quadrillent la région Ouest de l'île. Lors de leurs interventions extra-muros, ces acteurs de proximité rencontrent une population plus marginalisée, exclue, sans logement ou mal logée, et deviennent ainsi des acteurs privilégiés d'un public SDF fréquentant ou pas les structures d'aide dans la région Ouest.

Les prises de contact avec le public SDF peuvent devenir de véritables temps d'échanges et d'écoute, de lien social pour ce public exclu. Ces rencontres peuvent également permettre d'orienter les personnes SDF vers les structures d'aide et de prise en charge qui correspondent au mieux aux besoins des personnes SDF. Elles peuvent ainsi être orientées vers le CSST pour une prise en charge de leurs pathologies addictives, vers le CAARUD fixe ou vers les autres acteurs ou dispositifs de la prise en charge de ce public dans l'Ouest.

Le CAARUD fixe, en particulier, offre des prestations d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, au public rencontré. Ces services complètent les dispositifs d'aide déjà existants dédiés spécifiquement aux personnes SDF. Les personnes SDF présentes dans la file active des patients vus par l'équipe d'accueil fixe du CAARUD peuvent ainsi bénéficier des services suivants :

- Espace d'accueil et de repos
- Mise à disposition de boissons/nourriture
- Téléphone/Internet
- Espace laverie (lave-linge, sèche linge…)
- Espace sanitaire (douches…).

Les services d'accueil proposés par le CAARUD favorisant notamment le maintien d'une bonne hygiène, sont complétés par la possibilité de bénéficier de soins infirmiers et d'accompagnement social pour répondre aux demandes quotidiennes du public fréquentant la structure.

Ainsi, un accompagnement spécifique peut être apporté au public SDF notamment :

- Concernant les droits de santé (90 demandes d'ouverture de dossiers recensées pas spécifiquement pour le public SDF)
- Concernant les démarches administratives et notamment les domiciliations
- Concernant la recherche d'une solution d'hébergement (hébergement d'urgence, 12 demandes, hébergement social, 52 demandes, hébergement thérapeutique, 1 demande, recherche de logement autonome, 59 demandes).

  Ainsi en 2009, avec la mise en place de la loi DALO, la Kaz'Oté a permis le relogement de plusieurs personnes SDF de longue date ayant une problématique addictive.

De par ses missions, et ses activités, la Kaz'Oté est un des maillons de la prise en charge des SDF. Elle est connue et travaille avec les autres acteurs œuvrant pour ce public ; et appartient ainsi au réseau d'acteurs de proximité intervenant auprès des personnes SDF de la région Ouest.

Discussion

Discussion

Limites de l'étude

L'ORS a été chargé de réaliser un état des lieux de la population SDF à La Réunion. Des limites ont pu être constatées. Elles sont discutées ci-après.

▪ *Limites conceptuelles*

Dans cette étude, comme dans les autres études nationales menées sur cette problématique, on se heurte indéniablement aux problèmes de définition de la population SDF. Pourtant, une définition précise représente un enjeu fort pour le recensement et la description de cette population.

La définition, retenue pour l'étude, rejoint celle adoptée par l'INSEE au niveau national. Mais cette définition qui a la caractéristique d'être large pose des problèmes : en effet, elle n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs qui prennent en charge le public SDF. De plus, la population SDF constitue un groupe aux délimitations floues et instables rendant plus difficile son identification.

▪ *Limites organisationnelles*

Difficultés pour accéder à la population

Dans le cadre de l'enquête, nous nous sommes restreints à la population SDF usagère des services d'aide. En effet, les structures d'aide aux personnes SDF ont été la porte d'entrée qui a été retenue pour accéder à cette population. Ce choix méthodologique n'a pas permis d'observer l'ensemble de la population SDF de La Réunion. Une part de cette population n'a pu donc être approchée pour les raisons suivantes :

- Non exhaustivité des structures participantes : manque de visibilité et refus de participation de certaines structures
- Date non appropriée : choisie en période de vacances scolaires, les structures fonctionnaient de manière limitée
- Problèmes des villes où il n'y a pas de structure d'aide
- Recours variables : les personnes SDF usagères des services d'aide n'ont pas forcément eu recours à une structure d'aide le jour de l'enquête
- Problème des « invisibles » : il existe une part de la population SDF qui ne fréquente pas les structures d'aide, soit par choix, soit par méconnaissance du dispositif d'aide.

Près de 400 personnes SDF ont été rencontrées, le 21 janvier 2010, dans le cadre de notre enquête, par le biais des structures. Au niveau national, le recensement effectué par l'INSEE a été complété par une

enquête de l'INED qui a permis d'estimer la part de la population SDF ne fréquentant pas les services d'aide. Cette part a été estimée à 10-15%. En raison d'un contexte local et d'un choix méthodologique différents, il n'est pas possible d'appliquer ce taux à notre enquête. L'enquête de l'INED permet néanmoins de montrer que le recensement qui a été fait au travers de notre étude ne s'avère pas exhaustif. Les résultats permettent de fournir qu'une estimation a minima de la population SDF. Il est, par conséquent, important d'utiliser avec précaution ce chiffre.

Difficultés pour accéder aux informations

Il existe des sources d'informations très diversifiées (rapports d'activités des structures, données du 115, données sur les domiciliations…). Mais elles ne sont pas suffisamment adaptées à l'observation du public SDF du fait de :

- Une possibilité limitée de distinguer la population SDF du reste de la population accueillie dans les structures d'aide,
- Un manque d'homogénéisation des données et des modes de gestion des informations,
- Un manque d'harmonisation des indicateurs existants, limitant des analyses globales.

Ces éléments justifient la difficulté à recouper les sources d'informations existantes et l'absence d'indicateurs de routine qui permettraient de mesurer et de suivre le phénomène.

▪ *Limites structurelles*

Multiplicité des acteurs

De nombreux acteurs sont impliqués dans la prise en charge des personnes SDF avec des compétences qui se chevauchent parfois. Cette multiplicité rend difficile, d'une part, la visibilité du dispositif d'aide et, d'autre part, nous a amené à faire des choix lors des entretiens qualitatifs.

Vision limitée des actions

Beaucoup d'actions sont menées en faveur des personnes SDF. La plupart des initiatives est portée par le secteur associatif. Cependant, toutes les associations ne sont pas systématiquement munies d'outils, ne disposent pas de financement durable et ne sont pas toujours organisées pour assurer la pérennisation des actions dirigées vers ce public. De ce fait, il est difficile de cerner l'ensemble du dispositif d'aide aux personnes SDF.

Période charnière

L'étude est intervenue dans une période de changements. En effet, le prochain SAHIR est en cours d'élaboration. Dans ce cadre, des réunions de concertation se sont tenues entre les différents acteurs. Elles ont été à l'origine d'évolutions structurelles (repositionnement des structures, de leurs missions…) concomitantes au déroulement de l'enquête. Cet aspect a rendu plus complexe l'établissement d'un état des lieux.

Eléments positifs

▪ *Méthodologie renforcée*

• L'étude concerne toute l'île et permet ainsi d'avoir une analyse régionale de la problématique et de faire émerger les disparités territoriales.

L'étude s'est basée sur une triple approche :

- Enquête quantitative
- Enquête qualitative
- Recoupement avec les sources d'informations existantes.

Cette analyse croisée des données a permis de faire émerger les besoins de ce public. Afin d'offrir une vision la plus large possible de la problématique, la phase qualitative a combiné la vision de personnes SDF et celle d'acteurs de terrain.

L'échantillon des personnes SDF interrogées pour le volet qualitatif s'est construit sur la base des éléments fournis par l'enquête quantitative. Les personnes interrogées dans les deux phases présentent des profils diversifiés qui traduisent bien l'hétérogénéité de cette population, décrites dans la littérature.

Les résultats mis en évidence dans la phase qualitative ont permis de corroborer les résultats du quantitatif sur certains constats forts.

▪ *Les éléments de l'étude attendus et appréciés*

L'enquête a permis d'acquérir, pour certains, des outils de travail dans le but de mieux cerner le public qu'ils accueillent. Ils se sont appropriés le questionnaire comme support pour le recueil d'informations en interne. Ce constat dénote ainsi, au sein de certaines structures, un manque d'accompagnement méthodologique.

Les résultats de l'étude répondent à un besoin institutionnel, mais également aux besoins des acteurs de terrain. Ce constat est conforté par l'accueil reçu lors de l'enquête. D'ailleurs, on observe un taux de participation élevé de 90% pour l'enquête quantitative. De plus, les échos perçus lors des entretiens qualitatifs sont très positifs quant à la réalisation de cette étude. Par ailleurs, la forte mobilisation des acteurs de terrain traduit leur engagement et leur volonté d'apporter des solutions en faveur de ce public.

Les données sur cette thématique sont rares. Jusqu'à présent, il n'y avait jamais eu d'enquête sur les personnes SDF à l'échelon régional. Cette étude pourra constituer un support de travail pour les réflexions ou actions à venir.

Conclusion

Conclusion

L'étude réalisée par l'ORS sur la population SDF usagère des services d'aide à La Réunion répond à un réel besoin d'informations, tant pour les acteurs de terrain que pour les institutionnels. Des caractéristiques et les besoins de cette population ont été mis en évidence.

L'enquête quantitative a mis en exergue une population SDF usagère des services d'aide majoritairement composée d'hommes isolés, âgés entre 35 et 54 ans. Au-delà de ce constat, il apparaît une réelle hétérogénéité de cette population, également décrite dans la littérature. En effet, différents profils existent dans la population SDF, notamment au regard des caractéristiques socio-démographiques ou encore des problématiques de santé. Certaines situations plus préoccupantes que d'autres ont été mises en évidence :

- les jeunes de moins de 25 ans, sans aucune ressource financière, avec une présence qui tend à augmenter au sein de la population SDF,
- les femmes qui présentent de réelles difficultés à accéder au dispositif d'aide,
- les personnes vieillissantes dans la rue dont l'état de santé se dégrade rapidement,
- les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou addictifs, à l'origine de comportements difficiles à gérer.

Ce sont autant de particularités qu'il est nécessaire de prendre en compte. Chaque profil présente des besoins spécifiques et variés qui nécessitent une prise en charge différenciée par le biais d'un dispositif d'aide adapté. Or, l'offre actuelle en matière de prise en charge des personnes SDF de l'île présente des limites organisationnelles et structurelles, auxquelles s'ajoutent des inégalités territoriales.

Pourtant, il existe une forte mobilisation des acteurs, notamment au travers du bénévolat. De nombreuses actions sont entreprises, certaines de manière pérenne, d'autres de manière plus ponctuelle. Par ailleurs, des initiatives partenariales intéressantes émergent sur le territoire. Fondées sur le principe « d'aller vers », ces impulsions, qui font leurs preuves, seraient à valoriser, consolider et généraliser. Ces entreprises partenariales révèlent une amorce de travail en réseau des acteurs. Néanmoins, des difficultés persistent au niveau de :

- la coordination des actions,
- la visibilité des missions des différents acteurs,
- la formalisation des partenariats.

Ainsi, ces différents problèmes ne permettent pas une prise en charge globale de la personne SDF. L'usager SDF doit être remis au centre du dispositif d'aide. De plus, ses difficultés d'accès au droit commun doivent être prises en compte. L'intégration de la dimension territoriale ainsi qu'une approche intersectorielle permettrait également de garantir une prise en charge plus adaptée de la personne SDF.

Pour cela, il est nécessaire de se baser, au préalable, sur un dispositif d'observation, véritable outil d'aide à la décision. Mais le système d'informations actuel concernant la population SDF apparaît comme insuffisant. Il ne permet pas d'améliorer la connaissance de l'état et des besoins de la population SDF à La Réunion.

Les sources d'informations sont certes nombreuses, mais les données sont trop hétérogènes. De plus, le recueil s'avère parfois insuffisamment structuré pour permettre d'extraire celles qui concernent spécifiquement les personnes SDF (par exemple, la domiciliation). Par conséquent, la veille sociale mérite d'être renforcée. Par ailleurs, la mise en place d'indicateurs en routine, partagés par l'ensemble des acteurs, devraient permettre de mieux cerner cette population et son évolution.

Repères bibliographiques et sources

- Association Emmaüs. *Les Français, les sans-abri et le lutte contre l'exclusion – regards croisés, les propositions d'Emmaüs*. Décembre 2006.

- Fondation Abbé Pierre. *Charte des Boutiques Solidarité, Fondation Abbé Pierre pour le logement des Défavorisés*. 29 novembre 1999.

- Conférence de consensus. *Les sans abris, Sortir de la rue*. Paris, 29/30 novembre 2007.

- DEQUIRE A.F. *Les jeunes SDF : entre une scolarité chaotique et une réinsertion problématique.*

- DRASS. *Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement, et de l'Insertion de la Réunion 2007 -2011.*

- DRASS, Pôle Régional Santé Publique et Cohésion Sociale. *Note d'opportunité sur la révision du schéma Accueil, Hébergement Insertion 2007-2011.* Juin 2009.

- FNARS. *Lits halte soins santé : ce qu'il faut savoir*. Supplément de la gazette, n°62, mai 2008.

- INSEE, Cécile Brousse. *1ère partie : définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête*. Méthodes ; 2006, n°116.

- Ministère du logement et de la ville, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. *Circulaire n°DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable*. Février 2008.

- Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durale et de la Mer. *Pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement*, Benoist Apparu. Dossier de Presse. 10 novembre 2009.

- ODR. *Sans domicile fixe à Sant Denis*. Note d'information ; 01 aout 1996, n°26.

- Premier Ministre, Ministère du logement et de la ville. *Chantier national prioritaire 2008-2012 – pour les personnes sans abri ou mal logées*.

- Secours Populaire, COUPECHOUX P. *Souffrance mentale et grande exclusion*. 2006.

- BENLOULOU G. *Qui sont les SDF, entretien auprès de Julien Damon*. Décembre 2003.

- DAMON J. *Pourquoi les sans domicile fixe refusent-ils d'être pris en charge ?* Janvier 2009.

- DAMON J. *La question SDF. Presses Universitaires de France*. 2002.

- MARCHAND G. *Qui sont les sans domicile fixe ?* Echos des recherches ; janvier 2003, n°134.

- ZENEIDI-HENRY D. *Les SDF et la ville. Géographie du savoir survivre*. 2002, 256 p.

- GIRAUD M. *Le jeune SDF*. 2004, 350p.

- MAGRIN E. *Les sans domicile fixe de Saint Denis*. Rapport de stage. 2000.

- RULLAC S. *L'urgence de la misère : SDF et SAMU social*. 2004, 188p.

- CHAMBAUD L. Membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri.* Octobre 2007.

- DE PAIX DE CŒUR M. *Une démarche d'aide aux SDF fortement marginalisés : du traitement de l'urgence à l'amorce d'un accompagnement social durable*. Thèse. Mars 2002.

- DAMON J. *Les SDF, de qui parle t on ? Une étude à partir des dépêches AFP.* Population de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) ; mars 2002, vol 57, p569-582.

- GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et du Sport. *La santé des personnes sans chez soi – Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.* Novembre 2009.

- MEGARD J. *Travailler avec des bénévoles : l'écoute dans un lieu d'accueil de jour pour sans domicile fixe*. 2003.

- Centre de Recherche et d'Informations nutritionnelles (CERIN). *Enquête- L'alimentation des SDF : des risques possibles pour la santé*. Alimentation et précarité ; avril 2000, n°9.

- DUGUE E. *L'expérimentation « 100 parcours d'insertion de jeunes en grande difficulté à Paris ».* Communication aux troisièmes journées « Jeunes et sociétés en Europe et en Méditerranée » ; 24-26 octobre 2007.

- HAYOUN S. *L'urgence sociale : les limites de l'urgence ; l'accueil et l'hébergement des personnes sans domicile fixe à Paris*. Thèse. 2000.

- JABOT F., RAYSSIGUIER Y. *Les conditions d'existence des personnes sans domicile fixe comme déterminant de santé*. 2002.

- BERTRAND V. *Des mots à la parole : une tentative de reconstruction du lien social chez les personnes sans domicile fixe.* 2002.

- ARNAUD A., FAGOT-CAMPAGNA A., REACH G. *Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006*. BEH de l'INVS ; 12 novembre 2008, n°43, p 418-420.

- Fondation Abbé Pierre. *L'état du mal logement en France – 15ème rapport annuel*. 2010.

Articles de presse :

▪ *Journaux locaux*

- Le Journal de l'Ile de La Réunion. *Un foyer pour celles et ceux qui n'ont plus rien.* 30 septembre 2009.

- Le Journal de l'Ile de La Réunion. *La nouvelle vie de Fabrice au RSMA*. 22 octobre 2009.

- Le Quotidien. *Les boutiques solidarité : « Comme une maison ».* 31 octobre 2009.

- Le Quotidien. *Gérard Traineau, un SDF complètement désemparé*. 24 aout 2009.

- Témoignages. *Pauvreté à La Réunion – Pense-t-on vraiment aux personnes « sans domicile fixe » ?* 15 juillet 2009.

- Témoignages. *Boutique Solidarité de Saint Denis – Au secours des désœuvrés*. 20/21 mai 2009.

- Le Quotidien. *Visite à la boutique solidarité*. 29 avril 2009.

- Le Quotidien. *Interview – Fondation Abbé Pierre : « Plus d'accompagnement social ».* 18 avril 2009.

- Le Journal de l'Ile de La Réunion. *« Près de trente sans-abri sont morts dans la rue »*. 4 mars 2009.

- Le Quotidien. *Maraude avec la Croix-Rouge auprès des SDF – A la rencontre du peuple de la rue.* 27 juillet 2009.

- Le Quotidien. *Deux nouveaux centres d'hébergement d'urgence en construction – De nouveaux lits pour éviter la rue*. 25août 2008.

- Le Quotidien. *Nouveau chantier – Un centre d'hébergement d'urgence.* 12 décembre 2008.

- Le Quotidien. *Agence régional de la Fondation Abbé Pierre – Dix ans de relais social*. 27 novembre 2008.

- Le Journal de l'Ile de La Réunion. *« Cette année, je suis en colère ».* 30 mai 2008.

▪ *Journaux nationaux*

- Le Figaro, VAMPUOILLE Thomas. *Un tiers des SDF présente de graves troubles psychiatriques.* 16 décembre 2009.

- Le Monde, ROLLOT Catherine. *Sans-abris : l'hébergement d'urgence réorganisé*. 10 novembre 2009.

- Le Monde, ROLLOT Catherine. *Les SDF réclament surtout un soutien moral.* 18 décembre 2009.

Sites Internet :

- La santé des personnes sans chez soi : http://sanschezsoi.sante.gouv.fr/

- Association Espace Solidarité 974 : http://www.espacesolidarite974.org/

- Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans abri : http://www.feantsa.org/code/fr/hp.asp

- Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer - Logement : http://www.logement.gouv.fr//

- Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale : http://www.fnars.org/

- Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : http://www.cnle.gouv.fr/

- Commission Européenne – Emploi, affaires sociales et égalité des chances : http://www.2010againstpoverty.eu/?langid=fr

Emission Télévisée :

- France 5, Emission en streaming « C dans l'air » Qui sont les SDF ?, 6 janvier 2010

Bilans d'activités :

- Boutique Solidarité de St-Denis. Années 2007 et 2008.
- Association Espace Solidarité. Boutique Solidarité de St-Benoît. Années 2008 et 2009.
- AHOI. Boutique Solidarité de St-Joseph. Années 2008 et 2009.
- AREP. Boutique Solidarité de St-Pierre. Année 2008.
- Agir contre l'exclusion. Années 2008 et 2009.
- CHAU de St-Pierre, CIAS. Année 2007.
- Les établissements de la Halte du Père Etienne Grienenberger. Année 2008.
- Relais Social de Bellepierre. Année 2006.
- APAL. Années 2008 et 2009.
- CHRS Le Logis. Année 2008.
- Soutien Solidarité Santé. Année 2008.
- Résidence Rose des Bois. Année 2008.
- Association SOS Détresse. Année 2008.
- Mission France Océan Indien. Année 2008.
- EMSP de l'EPSMR. Année 2009.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de la phase quantitative

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFECTURE DE LA RÉUNION
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

CODESS

ORS OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Enquête auprès des structures accueillant des personnes Sans Domicile Fixe (SDF) à La Réunion

Jeudi 21 janvier 2010

L'Observatoire Régional de la Santé a été chargé de réaliser une enquête auprès des structures accueillant des personnes SDF à La Réunion. Cette enquête doit permettre de recenser et de décrire les personnes SDF à La Réunion et d'identifier leurs besoins.
Cette enquête s'adresse à toute personne se déclarant SDF.
Toute personne est libre de participer à l'enquête. En cas de participation, la personne enquêtée a le droit d'accéder aux données la concernant.

Avez-vous un domicile fixe ? ☐ OUI ☐ NON

Acceptez-vous de participer à cette enquête ? ☐ OUI ☐ NON

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Code : |_____|

Commune :

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

A. Remplir un questionnaire pour toute personne SDF, à savoir sans domicile fixe au moment de l'enquête, quelles que soient l'ancienneté de la perte du logement et les raisons de cette perte de logement.

B. En cas de refus de la personne de participer à l'enquête, remplir obligatoirement une fiche en indiquant le refus et le sexe de la personne.

C°. Il est important de renseigner la date de naissance exacte et les communes de naissance. Ces informations vont nous permettre d'identifier les doublons, à savoir les personnes ayant recours à plusieurs structures au cours de la journée de l'enquête.

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1°: Sexe ☐ H ☐ F

2°: Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

3°: Lieu de naissance :
☐ Réunion *Commune : ……..……..*
☐ Métropole *Commune : ……..……..*
☐ Maurice
☐ Madagascar
☐ Comores
☐ Mayotte
☐ Autres : *Précisez :…….*
☐ Non Répondu

4°: Si né hors Réunion, ancienneté de la présence à La Réunion :
☐ Ancienneté inférieure à un an
☐ Ancienneté comprise entre 1 et 5 ans
☐ Ancienneté supérieure à 5 ans ou plus
☐ Ne sait pas

5°: Vie en couple ? ☐ OUI ☐ NON

DOMICILIATION

6°: Lieu de domiciliation ? ☐ CCAS ☐ Boutique solidarité
☐ Nulle part ☐ Autres : ……

D. Les données recueillies sur la situation de la personne interrogée la veille de l'enquête vont permettre de réaliser une photographie de la situation un jour donné.
Les modalités de réponses regroupent le réseau informel, les services d'hébergement mais également les lieux non prévus pour l'habitation.

E. Bien renseigner les réponses « autres » lorsque la réponse de la personne enquêtée ne figure pas parmi les modalités prévues.

F. Lire la note d'information à l'attention de la personne interrogée.

G. Ne pas hésiter à contacter l'ORS (Nadège SAVARD) pour tout complément d'informations (0262 94 38 13).

H. Apporter des commentaires libres concernant la personne interrogée si nécessaire.

INSTRUCTIONS DE RETOUR

Les questionnaires devront être retournés à l'ORS avant le **27 janvier 2010**. Ne pas oublier de remplir la fiche bilan qui devra accompagner les questionnaires. Cette fiche vous permet d'apporter vos observations générales sur l'enquête, y compris les difficultés rencontrées.

NOTE D'INFORMATION POUR LA PERSONNE INTERROGEE

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique anonyme. Les destinataires des données sont la DRASS, les structures d'accueil des personnes sans domicile fixe et l'ORS.
Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion (ORS) :
12 rue Colbert – 97400 St-Denis - 02 62 94 38 13.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

SITUATION LA VEILLE DE L'ENQUETE

7°. Où avez-vous dormi hier soir ?
☐ squat ☐ rue
☐ parc ☐ centre commercial
☐ aéroport ☐ famille/amis/entourage
☐ CHAU ☐ CHRS
☐ Autres : ……..

8°. Si hébergement en CHAU ou CHRS, qui vous a orie nté ?
☐ 115 ☐ Travailleur social
☐ Boutique solidarité
☐ Autres : ……..

9°. Motif de la présence dans la structure le jour de l'enquête ?
☐ courrier ☐ soins
☐ repas ☐ hébergement
☐ hygiène ☐ maraude
☐ Autres : ……..

ANCIENNETE DE LA SITUATION

10°. Ancienneté de la perte de logement :
☐ Ancienneté inférieure à 6 mois
☐ Ancienneté comprise entre 6 mois et 1 an
☐ Ancienneté comprise entre 1an et 5 ans
☐ Ancienneté supérieure à 5 ans ou plus
☐ Ne sait pas

11°. Motif de la perte de logement :
☐ perte d'emploi ☐ problème familial
☐ problème de santé ☐ problème financier
☐ Ne sait pas
☐ Autres : ……

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

12°. Principales ressources :

Revenus de l'emploi	☐ OUI ☐ NON
ASSEDIC	☐ OUI ☐ NON
RMI/RSA	☐ OUI ☐ NON
AAH	☐ OUI ☐ NON
Autres prestations sociales	☐ OUI ☐ NON
Ressources provenant d'un tiers	☐ OUI ☐ NON
Sans ressource	☐ OUI ☐ NON
Autres ressources	☐ OUI ☐ NON : ……

13°. Couverture maladie :

CMU	☐ OUI ☐ NON
Autres	☐ OUI ☐ NON : ……

14°. Avez-vous besoin de soins de santé particulier s ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

COMMENTAIRES

……
……
……
……

Annexe 2 : Lettre d'informations aux partenaires

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFECTURE DE LA RÉUNION
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

CODESS

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Saint-Denis, le 21 décembre 2009

N/Réf. : ER/NS/2009/103
EdL SDF 2009/01
Objet : Les personnes Sans Domicile Fixe : état des lieux à La Réunion

Madame, Monsieur,

La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales a confié à l'Observatoire Régional de la Santé la réalisation d'un état des lieux sur les personnes sans domicile fixe de l'île de La Réunion. Les objectifs de cet état des lieux sont, d'une part de recenser le nombre de SDF et de décrire leur profil, et d'autre part de mieux identifier leurs besoins afin d'orienter les actions à mettre en place pour y répondre.
Ce travail est placé sous la direction d'un comité de pilotage regroupant les institutions et associations œuvrant dans le champ de l'accueil et de l'hébergement des SDF.

Il comporte deux phases : une phase quantitative et une phase qualitative. Dans la première phase, nous souhaitons réaliser une enquête « flash » un jour donné, dans l'ensemble des structures ou associations qui accueillent des SDF. Pour ce faire, un questionnaire devra être rempli pour chaque SDF rencontré le jour de l'enquête.

Conscients des difficultés que ce mode de recueil entraîne pour les accueillants, ce questionnaire sera le plus simple possible. Afin de disposer d'indicateurs sur le nombre et le profil des SDF, les données à recueillir porteront sur les caractéristiques socio-démographiques, les sources de revenus, la couverture maladie et l'hébergement. Ce recueil sera strictement anonyme et une demande d'autorisation à la CNIL est en cours.

Nous sollicitons donc la collaboration de votre équipe dans la passation de ce questionnaire.
La date de l'enquête flash retenue par le COPIL est celle du **21 janvier 2010**.

Le document de recueil vous sera transmis par courrier en janvier, avec des précisions d'utilisation.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre Mademoiselle SAVARD Nadège par téléphone au 02.62.94.38.13.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Directrice de l'ORS
Docteur Emmanuelle RACHOU

SYNTHESE

L'ORS a été sollicité par le Pôle Social de la DRASS afin de réaliser une étude sur les personnes SDF à La Réunion. L'objectif est de mieux connaître cette population pour adapter les actions en termes d'accueil et d'orientation, d'accompagnement, d'hébergement et de santé.

La méthodologie utilisée repose sur des approches complémentaires, associant un volet quantitatif et un volet qualitatif auprès d'usagers SDF et des acteurs de la prise en charge.

Cette analyse croisée des données a permis de mettre en évidence les caractéristiques et les besoins de prise en charge de ce public.

Le 21 janvier 2010, près de 400 personnes usagères des services d'aide de l'île ont déclaré être « SDF ». Ce recensement ne prétend pas à l'exhaustivité pour diverses raisons méthodologiques et conceptuelles, mais permet de fournir une estimation a minima de cette population et d'apporter des éléments descriptifs.

La population rencontrée le jour de l'enquête, est majoritairement masculine, des personnes isolées, âgées entre 35 et 54 ans, originaires de l'île et vivant dans la rue ou dans un squat. Au-delà, de ce constat prédominant, la population SDF recouvre des réalités différentes, des publics distincts. Cette hétérogénéité de publics, décrite déjà dans la littérature, se traduit notamment au travers des caractéristiques socio-démographiques, des lieux de vie, des problèmes de santé, des parcours de vie et de prise en charge différents. Des problématiques préoccupantes émergent : les jeunes de moins de 25 ans sans ressources financières, les femmes avec de réelles difficultés d'accès au dispositif d'aide, les personnes vieillissantes dont l'état de santé se dégrade rapidement, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou addictifs…

Ces différents publics et situations s'accompagnent de besoins à la fois spécifiques et variés : passant de l'aide alimentaire très sollicitée, aux besoins d'hygiène et d'écoute, à l'aide au logement autonome jugée difficile et rendue difficile par un contexte local de crise de logement. Mais les besoins de santé semblent écartés des préoccupations.
Un dispositif d'aide adapté reposant sur une prise en charge différenciée doit donc être mis en place. Or, l'offre de services actuelle ne le permet pas du fait de limites organisationnelles et structurelles, auxquelles s'ajoutent des inégalités territoriales.

Pourtant, les acteurs sont fortement mobilisés autour de cette population. De nombreuses actions, ainsi que des initiatives partenariales intéressantes émergent sur le territoire, révélant une amorce de travail en réseau des différents partenaires. Néanmoins, des difficultés persistent au niveau de la coordination des actions, la visibilité des missions des différents acteurs, la formalisation des partenariats.

Afin de garantir une prise en charge plus adaptée des personnes SDF, il paraît nécessaire de prendre en compte :

- leurs difficultés d'accès au droit commun,
- la dimension territoriale,
- une approche plus intersectorielle,
- la nécessité d'un véritable dispositif d'observation.

ORS OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteures
Stelly CHOPINET
Amandine GAVINS
Monique RICQUEBOURG
Nadège SAVARD

Observatoire Régional de La Sante
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13
Fax : 02.62.94.38.14
Site : http://www.ors-reunion.org
Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation : documentation@orsrun.net

Pôle social,
DRASS Réunion

CODESS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE