

Synthèse Français

Les personnes sans domicile souffrent beaucoup plus souvent et plus précocement de pathologies chroniques « invalidantes » que les personnes ayant un logement. Les situations de handicap liées à des problèmes de santé ont pourtant été peu explorées dans cette population, alors que celle-ci est susceptible de rencontrer plus de difficultés à faire valoir leurs droits à compensation et accéder à des hébergements et services adaptés.

L'Observatoire du Samusocial de Paris a réalisé en 2011 deux enquêtes transversales (recherche HYTPEAC) auprès d'échantillons aléatoires de **personnes sans domicile adultes francophones**. L'une a été menée dans **des centres d'hébergement** (d'urgence, de stabilisation et de réinsertion) **franciliens**, selon la méthode retenue par l'Insee pour ses enquêtes auprès des personnes sans domicile, tandis que l'autre a été faite dans **l'espace public parisien**, grâce à un tirage aléatoire parmi 52 zones géographiques préalablement définies. Les taux de participation étaient respectivement de 65% et 49%. Cette double approche a permis d'inclure les personnes sans abri les plus éloignées des services d'aide. Les deux bases de données ont ensuite pu être fusionnées en considérant, après analyses, que les deux échantillons provenaient de deux populations disjointes.

Le questionnaire support des deux enquêtes était centré sur l'hygiène, les ectoparasitoses et affections cutanées, mais comportait également des questions sur la santé, sur la **reconnaissance administrative d'un handicap** (prestations de type Allocation pour Adulte Handicapé - AAH, ou pension d'invalidité), sur les **limitations d'activités quotidiennes ressenties du fait d'un problème physique durable (durant depuis au moins 6 mois)**, et sur l'utilisation d'une aide technique (appareillage ou prothèse). Dans cette enquête, l'importance des limitations ressenties était appréciée de façon globale, et le détail de ces limitations était soumis au filtre d'une question globale qui restreignait les réponses aux limitations reliées à un problème physique. Cette question était donc plus restrictive que la question habituellement posée sur ce sujet dans les enquêtes (mini-module européen de santé posé dans l'enquête Insee SD2012 - personnes sans domicile- et dans les enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS), Handicap-Santé (HS) et Capacités, Aides et Ressources (CARE) des seniors, menées en population générale). Les questions précisant les « activités quotidiennes » susceptibles d'être limitées couvraient les **activités de base de la vie quotidienne** (*Activities of Daily Life* ou **ADL**), **la continence, et certaines limitations fonctionnelles (mobilité, souplesse et manipulation d'objets)**. Leur formulation était similaire à celle des enquêtes HS et CARE (il n'était pas demandé aux personnes si elles pouvaient réaliser ces activités sans aide humaine, cependant leur situation à la rue, ou dans des centres dont le ratio de personnel ne permet pas de fournir une aide individualisée aux personnes, rendait une telle aide très improbable). Cependant il existait des différences dans la formulation des réponses, qui ont limité les possibilités de comparaison. Soulignons également une différence de formulation de la question sur les déplacements, qui ne pouvait être aussi précise étant données les conditions de vie des personnes.

Les personnes enquêtées sont pour les trois quarts d'entre elles hébergées au moment de l'enquête. L'étude de leur parcours antérieur montre que près de 60% avaient toujours été hébergées au cours des 12 derniers mois, tandis que près d'un tiers avaient alterné hébergement en centre et vie à la rue, et 10% avaient toujours été « sans abri » au cours de la même période.

Cette population est pour 70% masculine. Elle est relativement jeune (l'âge moyen était de 41 ans pour les femmes et de 44 ans pour les hommes). Près de la moitié est de nationalité étrangère, et, bien que parlant français, 18% ont des difficultés d'expression et/ou compréhension dans cette langue. Plus de la moitié a un niveau d'études inférieur au brevet des collèges.

Les deux-tiers disent avoir des ressources fixes. La moitié reçoivent des prestations sociales (essentiellement le Revenu de Solidarité Active - RSA), 21% ont un travail, déclaré ou non, autant reçoivent des dons de proches ou d'associations, et 14% font la manche. Un sur dix a une couverture sociale maladie de type Aide Médicale d'Etat (AME) et 13% n'a aucune couverture maladie. Plus de la moitié dit avoir au moins une maladie chronique, et 18% n'avaient vu aucun médecin dans les 12 derniers mois.

Respectivement **9,4%** et **1,6%** perçoivent une **AAH** ou une **pension d'invalidité**, tandis que **32,2%** déclarent avoir un **problème physique durable les limitant dans leurs activités quotidiennes**, et **23,2%** disent être **fortement limités de ce fait**.

La majorité des personnes ainsi « limitées » considèrent que les limitations qu'elles ressentent sont dues à un seul problème physique. Les troubles qu'elles indiquent le plus souvent comme étant à l'origine de leurs limitations sont ostéo-articulaires¹.

Ces personnes décrivent **avant tout des limitations concernant les déplacements et les « transferts »**². **Près d'un quart d'entre elles ressentait une limitation pour se laver**. Une analyse des correspondances multiples des limitations déclarées par les personnes, couplée à une classification par les K-moyennes, a permis de mettre en évidence trois sous-groupes de personnes : celles ne déclarant que très peu de limitations (la moitié de la population), celles déclarant plusieurs limitations touchant surtout la mobilité (plus d'un tiers de la population), et celles déclarant de multiples limitations dont notamment la manipulation des objets (8% de la population).

Le taux de prévalence du ou des problèmes physiques durables limitant les activités quotidiennes est apparu, en analyse multivariée (régression de Poisson), plus élevé chez les femmes, les personnes ayant vécu leur première perte de logement plus d'un an avant l'enquête, celles ayant un niveau d'étude

¹ Selon le premier axe de la Classification Internationale des Soins Primaires 2^{ème} révision (CISP-2). Selon le 2^{ème} axe de cette classification, ce sont le plus souvent des « symptômes et plaintes » et des traumatismes.

² Transfert, ou passage du lit ou du fauteuil à la station debout, et inversement.

inférieur au brevet, ne percevant pas de ressources fixes, bénéficiant de dons de proches ou d'associations, celles ayant consommé de la cocaïne et/ou du crack au cours de l'année, et celles ayant vu un médecin moins d'un an auparavant. Il augmente avec l'âge des personnes pour toutes les tranches d'âge, et avec le temps écoulé depuis la première perte de logement jusqu'à la classe [3-10 ans] pour diminuer pour la classe « 10 ans ou plus ».

Le taux de prévalence de tel(s) problème(s) limitant *fortement* les activités quotidiennes est également apparu plus élevé chez les femmes et les personnes de faible niveau d'éducation, mais aussi chez les personnes nées à l'étranger et chez celles consommant de l'alcool une fois ou plus par semaine. Il augmente avec l'âge jusqu'à la classe d'âge [50-59 ans] et diminue ensuite.

Les données de l'enquête HS-Ménages (HSM) 2008 ont été mobilisées à titre comparatif. Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de personnes vivant en « ménages ordinaires » sur l'ensemble du territoire français, départements d'outre-mer compris, et interrogeait les personnes sur **l'existence d'une/de limitation.s, du fait d'un problème de santé durable, dans les activités « que les gens font habituellement »**. Le taux de prévalence de cet indicateur synthétique (GALI = *Global Activity Limitation Indicator*) a été estimé sur une **sous-population restreinte aux personnes âgées de 18 à 85 ans** (âges extrêmes observés dans l'enquête HYTPEAC), nommée « HSMr2008 ». **Ce taux est globalement plus faible dans la population HSMr2008 que dans la population HYTPEAC (25% versus 32%, IC95% disjoints)** alors que le champ couvert par la question posée est plus large (limitations d'activités liées à un problème de santé quel qu'il soit, *versus* un problème physique dans l'enquête HYTPEAC), et que la population cible est plus âgée (la proportion de personnes âgées de 70 ans et plus était de 13,6% dans la population HSMr2008, *versus* 0,4% dans la population HYTPEAC). La comparaison des taux de prévalence de cet indicateur global par tranches d'âge montre des **taux deux fois plus élevés** (avec des IC95% disjoints) **dans la population HYTPEAC pour les personnes âgées de 30-39 ans et 40-49 ans** : respectivement 24% *versus* 13% et 41% *versus* 21%. Les taux estimés dans les autres tranches d'âge sont également plus élevés dans la population HYTPEAC, mais les IC95% se chevauchent. **Les taux de prévalence de la forte limitation sont également nettement plus élevés dans la population HYTPEAC (de 2,5 à près de 5 fois plus)** avec des intervalles de confiance disjoints **pour toutes les tranches d'âge sauf les 60-69 ans**.

Les limitations fonctionnelles les plus souvent évoquées par les personnes ayant répondu oui à la question « GALI » dans la population HSMr2008 diffèrent de celles indiquées par les personnes ayant répondu positivement à la question « GALI - problème physique » (ou « GALI-P ») dans la population HYTPEAC : elles concernent la souplesse et la capacité de manipulation des objets, et non la mobilité.

La comparaison de taux d'aide technique et financière entre les deux populations montre des taux de prothèses et de perception d'une pension d'invalidité comparables, quelle que soit l'intensité des

limitations ressenties. Pour les populations ressentant une(des) limitations sans précision, les taux d'aide technique sont également comparables, tandis que le taux de perception de l'AAH est plus important dans la population HYTPEAC. Pour les personnes ressentant une(de) forte(s) limitation(s), à l'inverse, les taux de perception de l'AAH sont comparables mais le taux d'aide technique aux déplacements sont bien moindres dans la population HYTPEAC. A noter que les personnes ressentant une (des) limitation(s), sans précision, ou une (de) forte(s) limitation(s) ont été hébergées dans l'année dans plus de 90% des cas.

Nous avons également comparé, dans les populations HSMr2008 et HYTPEAC (que les personnes aient répondu oui ou non à la question « GALI-P »), les taux de prévalence de l'existence d'une limitation ressentie pour **se laver**, cette question étant considérée dans la littérature scientifique comme une bonne approximation du degré d'autonomie pour les personnes âgées et ayant été intégrée dans les questionnaires VQS2014. Ainsi seulement **2% de la population HSMr2008 éprouvaient des difficultés pour se laver alors que 8% de la population HYTEAC se disaient limités pour cette activité essentielle de la vie quotidienne.**

Enfin nous avons comparé les valeurs des indicateurs disponibles dans l'enquête HYTPEAC à celles publiées, ou accessibles en ligne, des dernières enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS) et Capacités, Aides et Ressources (CARE), réalisées en 2014 et 2015 au niveau national auprès des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile.

Les taux de prévalence des limitations, et des *fortes* limitations (GALI) estimés dans l'enquête VQS2014 étaient respectivement de **26%** et **6%** pour la tranche d'âge 60-74 ans à l'échelon national, et ils sont un peu plus faibles en Ile-de-France. La proportion des personnes se sentant *fortement* limitées dans cette population est ainsi nettement plus faible que dans la population HYTPEAC (IC95% compris entre 19% et 28%), et ceci bien que les personnes âgées de 60 à 69 ans et celles âgées de 70 ans ou plus, ne représentent respectivement que 10% et 0,5% de cette population HYTPEAC.

Enfin, les données de l'enquête CARE-Ménages 2015 en libre accès sur le site de la DREES montrent qu'au niveau national 4% des personnes de 60 à 70 ans vivant à domicile éprouvent des difficultés à se laver seules, *versus* près du double dans la population HYTPEAC.

Malgré ses limites (indicateur restrictif, appréciation globale de l'importance des limitations ressenties), cette étude est la première à apporter des précisions sur les limitations d'activités des personnes sans domicile. Ces éléments sont précieux pour concevoir des solutions plus adaptées pour aider les personnes sans domicile en perte d'autonomie.

Synthèse Anglais

Homeless people suffer much more often and earlier from "disabling" chronic pathologies than people with housing. However, disability situations linked to health problems have been rarely explored in this population, even though they are likely to encounter more difficulties in asserting their rights to compensation and accessing adapted accommodation and services.

In 2011, the Observatoire du Samusocial de Paris conducted two cross-sectional surveys (HYTPEAC research) among random samples of French-speaking homeless adults. One was conducted in accommodation centers (emergency, stabilization and reintegration) in the Ile-de-France region, using the method used by INSEE for its surveys of homeless people, while the other was conducted in the public space of Paris, using a random draw from 52 predefined geographical areas. The participation rates were 65% and 49% respectively. This dual approach allowed for the inclusion of homeless people who were the furthest from assistance services. The two databases could then be merged, assuming, after analysis, that the two samples came from two disjointed populations.

The questionnaire used for both surveys focused on hygiene, ectoparasites and skin diseases, but also included questions on health, on the administrative recognition of a handicap (benefits such as the Allocation for Handicapped Adults - AAH, or disability pension), on the limitations of daily activities felt due to a long-lasting physical problem (lasting for at least 6 months), and on the use of a technical aid (apparatus or prosthesis). In this survey, the importance of the perceived limitations was assessed globally, and the details of these limitations were filtered through a global question which restricted the answers to limitations related to a physical problem. This question was therefore more restrictive than the question usually asked on this subject in surveys (European health mini-module in the Insee SD2012 survey - homeless people - and in the Vie Quotidienne et Santé (VQS), Handicap-Santé (HS) and Capacités, Aides et Ressources (CARE) surveys of senior citizens, conducted in the general population). The questions specifying the "daily activities" likely to be limited covered the basic activities of daily living (ADL), continence, and certain functional limitations (mobility, flexibility and handling of objects). Their wording was similar to that of the HS and CARE surveys (people were not asked whether they could perform these activities without human assistance, however their situation on the street, or in centers whose staffing ratios do not allow for individualized assistance to be provided to people, made such assistance highly unlikely). However, there were differences in the wording of the responses, which limited the possibilities of comparison. There was also a difference in the wording of the question on travel, which could not be as precise given the living conditions of the people.

Three quarters of the people surveyed were housed at the time of the survey. The study of their previous life history shows that nearly 60% had always been housed during the last 12 months, while nearly a third had alternated between living in a center and living on the street, and 10% had always been "homeless" during the same period.

This population is 70% male and is relatively young (the average age was 41 for women and 44 for men). Nearly half of person interviewed are foreigners and, although they speak French, 18% have difficulty expressing themselves and/or understanding the language. More than half have a level of education lower than the "brevet des collèges".

Two-thirds say they have fixed resources. Half of them receive social benefits (mainly the Revenu de Solidarité Active - RSA), 21% have a job, declared or not, as many receive donations from relatives or associations, and 14% beg. One out of ten has social health coverage such as Aide Médicale d'Etat (AME) and 13% have no health coverage. More than half said that they had at least one chronic disease, and 18% reported that did not see a doctor in the last 12 months.

Respectively **9.4%** and **1.6%** receive an **AAH** or a **disability pension**, while **32.2%** **declare having a long-lasting physical problem limiting their daily activities**, and **23.2%** say they are **severely limited by this fact**.

The majority of people who are "limited" in this way consider that the limitations they experience are due to a single physical problem. The disorders they most often indicate as being the cause of their limitations are osteoarticular.

These people describe above all limitations concerning movements and "transfers". Nearly a quarter of them had a limitation in washing themselves. A multiple correspondence analysis of the limitations declared by the individuals, coupled with a classification by K-means, revealed three sub-groups of individuals: those declaring very few limitations (half the population), those declaring several limitations affecting mainly mobility (more than a third of the population), and those declaring multiple limitations, including in particular the handling of objects (8% of the population).

In multivariate analysis (Poisson regression), the prevalence rate of one or more lasting physical problems limiting daily activities appeared to be higher among women, people who had experienced their first housing loss more than one year before the survey, those with a level of education lower than a certificate, those with no fixed income, those receiving donations from relatives or associations, those who had used cocaine and/or crack during the year, and those who had seen a doctor less than one year before. It increases with age for all age groups, and with time since first homelessness up to the [3-10 years] class and decreases for the "10 years or more" class.

The prevalence rate of such problem(s) severely limiting daily activities also appeared higher among women and people with low education, but also among foreign-born people and those consuming alcohol once or more per week. It increases with age up to the age group [50-59 years] and decreases thereafter.

Data from the 2008 HS-Household Survey (HSM) were used for comparison. This survey was carried out among a representative sample of people living in "ordinary households" throughout France, including the overseas departments, and asked people about the existence of a limitation(s), due to a long-term health problem, in the activities "that people usually do". The prevalence rate of this synthetic indicator (GALI = Global Activity Limitation Indicator) was estimated on a sub-population restricted to persons aged 18 to 85 years (extreme ages observed in the HYTPEAC survey), named "HSMr2008". This rate is globally lower in the HSMr2008 population than in the HYTPEAC population (25% versus 32%, CI95% disjointed) even though the scope of the question asked is broader (activity limitations related to any health problem, versus a physical problem in the HYTPEAC survey), and the target population is older (the proportion of persons aged 70 years and over was 13.6% in the HSMr2008 population, versus 0.4% in the HYTPEAC population). Comparison of the prevalence rates of this global indicator by age group shows twice as high rates (with disjoint IC95%) in the HYTPEAC population for people aged 30-39 and 40-49 years: respectively 24% versus 13% and 41% versus 21%. The estimated rates in the other age groups were also higher in the HYTPEAC population, but the CI95% overlapped. The prevalence rates of severe limitation are also significantly higher in the HYTPEAC population (2.5 to nearly 5 times higher) with disjointed confidence intervals for all age groups except 60-69 years.

The functional limitations most often mentioned by people who answered yes to the "GALI" question in the HSMr2008 population differ from those indicated by people who answered positively to the "GALI - physical problem" (or "GALI-P") question in the HYTPEAC population: they concern flexibility and the ability to manipulate objects, not mobility.

The comparison of the rates of technical and financial assistance between the two populations shows comparable rates of prostheses and receipt of a disability pension, whatever the intensity of the limitations experienced. For the populations with unspecified limitation(s), the rates of technical assistance are also comparable, while the rate of AAH receipt is higher in the HYTPEAC population. For people with severe limitation(s), on the other hand, the rates of AAH receipt are comparable but the rate of technical assistance for travel is much lower in the HYTPEAC population. It should be noted that people with one (or more) limitation(s), unspecified, or strong limitation(s) were housed during the year in more than 90% of cases.

We also compared, in the HSMr2008 and HYTPEAC populations (whether people answered yes or no to the "GALI-P" question), the prevalence rates of the existence of a perceived limitation to wash, this question being considered in the scientific literature as a good approximation of the degree of autonomy for the elderly and having been integrated in the VQS2014 questionnaires. Thus, only 2% of the HSMr2008 population had difficulties in washing themselves, whereas 8% of the HYTEAC population said they were limited in this essential activity of daily life.

Finally, we compared the values of the indicators available in the HYTPEAC survey with those published, or available online, from the latest Daily Life and Health (DLH) and Capacities, Aids and Resources (CARE) surveys, conducted in 2014 and 2015 at the national level among people aged 60 years and over living at home.

The prevalence rates of limitations, and severe limitations (GALI) estimated in the VQS2014 survey were 26% and 6% respectively for the 60-74 age group at the national level, and they are slightly lower in Ile-de-France. The proportion of people feeling strongly limited in this population is thus significantly lower than in the HYTPEAC population (IC95% between 19% and 28%), and this despite the fact that people aged 60-69 and those aged 70 or more, represent only 10% and 0.5% respectively of this HYTPEAC population.

Finally, data from the CARE-Ménages 2015 survey, which is freely available on the DREES website, show that at the national level 4% of people aged 60 to 70 living at home have difficulty washing themselves, compared with almost twice that number in the HYTPEAC population.

Despite its limitations (restrictive indicator, global assessment of the importance of the limitations felt), this study is the first to provide details on the activity limitations of homeless people. These elements are valuable for designing more adapted solutions to help homeless people with loss of autonomy.