

Mortalité des personnes sans chez-soi en 2024

DÉNOMBRER & DÉCRIRE

Publication octobre 2025



13^e RAPPORT ANNUEL

COLLECTIF
Les
de La
MORTS
RUE

Rapport Dénombrer & Décrire

Publié le 30 octobre 2025

Paris

Soutenu par



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation interministérielle
à l'hébergement et à
l'accès au logement**

TABLE DES MATIERES

EDITO	6
SOMMAIRE	10
PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	11
EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DEcrire AU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	13
REMERCIEMENTS	16
LISTE DES ABREVIATIONS	18
MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ-SOI EN 2024	20
RECENSEMENT ET DESCRIPTION DES PERSONNES SANS DOMICILE DECEDEES EN 2024	20
LISTE DES FIGURES	21
LISTE DES TABLEAUX	22
INTRODUCTION	24
METHODES	26
Surveillance de la mortalité	26
Données recueillies	27
Analyse des données	27
Considérations éthiques et réglementaires	27
RESULTATS	29
Une augmentation continue	29
Un dénombrement incomplet mais en augmentation	30
La base de données des Morts de la Rue : une base de données vivante	32
Classification des habitats	34
Des décès majoritairement jeunes et concernant des hommes	38
Des personnes seules décédées dans la rue et dans la région la plus peuplée de France	39
Impact du cyclone Chido sur les populations précaires à Mayotte	41
Des causes de décès toujours mal identifiées	46
Des états de santé encore méconnus	54
Des consommations peu identifiées	55
Des ruptures témoignant de parcours de vie difficiles	56
Des errances souvent longues avant le décès	60
Personnes sans chez-soi et population générale	62
Décès urbains, décès ruraux	70
Etude des sources de signalements de décès au Collectif les Morts de la Rue	79
DISCUSSION	86
Décès et vulnérabilité	86
Conditions de vie, territoires et errance	86
Limites	86
Perspectives	87
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	90
Annexe 1 – Sources de signalement	90
Réseau associatif	90
Sources institutionnelles	90
Réseaux sociaux et site internet	90
Des particuliers	90
Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR	91

Annexe 3 – Associations et Collectifs d’accompagnement des morts de la rue et de l’isolement	92
Annexe 4 – Veille médiatique	94
Annexe 5 – Fiche de signalement	95
Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données	96
Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR	106
Les données démographiques :	106
Les données sur le décès	106
Le contexte administratif, social et familial	106
Le logement	107
Les données médicales	107
Les contacts	107
Les données concernant l’inhumation	107
Une partie de commentaires libres	107
Annexe 8 – Typologie de l’exclusion liée au logement ETHOS	108
Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR	109



Photo à légendier en expliquant le décompte des 855 décès recensés ici

EDITO

L'objectif principal de ce 13^{ème} rapport annuel est de présenter les résultats de la surveillance de la mortalité des personnes sans chez-soi réalisés par le Collectif Les Morts de la Rue depuis la première édition relative aux décès recensés en 2012.

Ce rapport s'attache notamment à dénombrer les décès en 2024, mais aussi à les décrire en collectant des données caractérisant le parcours de vie de ces personnes et les conditions de leur mort et les comparer, d'une part, à ceux survenus au cours de la période 2012-2023 et d'autre part à ceux de la population générale. Enfin, le rapport aborde deux focus : une comparaison des décès recensés en zone urbaine et rurale, ainsi qu'un focus sur les sources d'informations des décès.

Un dénombrement accablant qui doit remettre en question les priorités de l'action publique

La mortalité précoce et massive des personnes sans chez-soi en France est une crise sociétale majeure, qui interroge profondément l'efficacité et l'équité de l'action publique.

Les chiffres de la mortalité des personnes sans chez-soi, année après année, dessinent une courbe aussi implacable qu'intolérable : l'augmentation continue du nombre de décès recensés par Le Collectif Les Morts de la Rue depuis son 1^{er} rapport portant sur les décès des personnes sans chez-soi en 2012¹.

En 2024, 912 décès de personnes sans chez soi ont été recensés, à un âge moyen qui n'atteint pas 48 ans, accusant un écart qui se creuse démesurément, 32 ans de moins que la population générale.

Dans une période marquée par des incertitudes économiques et politiques, face à une crise du logement en pleine aggravation et à une situation de précarité et d'urgence sociale qu'elle génère, **il est essentiel de rappeler que le fait d'être « sans-abri », « sans domicile » ou « sans chez-soi » constitue un facteur de mortalité prématuée indépendant de tout autre facteur social défavorable**. En d'autres termes, Vivre à la rue, tue ! Nous ne cessons d'alerter, année après année... Vivre à la rue, tue massivement, précocement ! **Ces morts sont-ils l'horizon indépassable de toute politique publique ?**

Une nécessité pressante de politiques publiques de réduction des inégalités face à la gravité de la situation

Permettre aux personnes sans chez-soi de vivre dignement, tout en garantissant leurs droits fondamentaux est notre devoir moral et sociétal. Répondre à l'urgence avec des hébergements est certes nécessaire, mais l'objectif principal est le logement car c'est toute l'année que le sans-abrisme tue et, en tout cas, abîme à long terme celles et ceux qui en souffrent. Faire du logement une priorité de l'action publique française est une nécessité pressante et un investissement nécessaire pour la cohésion sociale et la résilience collective.

Les problématiques du logement et de l'habitat vont au-delà des enjeux sociaux, financiers et économiques ; elles englobent également des aspects territoriaux, démographiques, climatiques et environnementaux, culturels, juridiques, etc. Devant les nombreux enjeux liés au logement et à l'habitat, il est essentiel de mettre en place une politique publique qui soit à la fois globale et ancrée dans les territoires.

Il s'avère de même, indispensable, d'organiser et d'examiner toutes les politiques publiques avec pour objectif la réduction de la pauvreté et des inégalités et des exclusions qu'elle produit. Autrement dit, à chaque fois qu'une politique publique est appliquée, il est nécessaire de s'interroger sur les bénéficiaires. Est-elle profitable pour tout le monde ? Pour celles et ceux qui ont déjà énormément ? Ou pour celles et ceux qui ont moins, qui ont trop peu ou rien ? Questionnement primordial dans le but d'établir l'équité.

L'enjeu est conséquent d'autant que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) estime dans son rapport en 2019² qu'il faut en France six générations (180 ans) pour que les enfants de familles pauvres puissent atteindre le niveau de revenu moyen (contre cinq générations en moyenne pour les autres pays de l'OCDE). Il est urgent d'agir en appréhendant les politiques sociales à l'aune de leur impact humain.

¹ 413 décès de personnes sans chez-soi ont été recensés

²https://www.oecd.org/fr/publications/l-ascenseur-social-en-panne-comment-promouvoir-la-mobilite-sociale_bc38f798-fr.html

Ce 13^{ème} rapport n'est toujours pas exhaustif, nombre de décès échappent encore à notre surveillance de la mortalité des personnes sans chez-soi. Celles-ci ne disparaissent pas seulement des statistiques, elles s'effacent des mémoires, des politiques publiques, et trop souvent, de notre humanité collective. Pourtant, les chiffres sont là, implacables. Ils révèlent une surmortalité alarmante, un âge moyen au décès réduit de 32 ans par rapport à la population générale, et des causes de décès qui interrogent notre société.

Ce rapport est un appel. Un appel à ne plus considérer la mortalité des personnes sans chez-soi comme une fatalité, ni même la marginaliser. Un appel à l'action publique qui doit s'assurer que les conditions d'équité sont prises en compte pour toute la population.

Puisse ce rapport contribuer à faire de la lutte contre le sans-abrisme et le mal logement une priorité absolue de l'action publique et permettre aux populations sans chez-soi et appauvries de construire le chemin d'un avenir bénéfique qui serait utile pour elles et pour la société.

Jean-Jacques, 75 ans

Jean-Jacques avait travaillé dans différents secteurs d'activités par le passé. Il avait fondé une famille, et avait eu deux filles. Après un divorce, Jean-Jacques a rompu tous les liens avec sa famille. Jean-Jacques a ensuite été incarcéré pendant une dizaine d'années. A sa sortie de prison, il est retourné vivre chez ses parents, jusqu'au décès de ceux-ci. Il s'est alors retrouvé brièvement en situation de rue, avant d'être hébergé par un ami, puis par le 115. Jean-Jacques était décrit comme solitaire. Il aimait les jeux à gratter. Le projet était qu'il intègre un EHPAD*. Jean-Jacques est décédé d'un arrêt cardiaque : il avait 75 ans.

**EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.*

Île-de-France

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches



SOMMAIRE

L'objectif principal de ce rapport est de présenter les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité des personnes sans chez-soi réalisées par le Collectif Les Morts de la Rue depuis maintenant plus de 10 ans. Il s'attache notamment à décrire les décès survenus en 2024 et à les comparer, d'une part à ceux survenus au cours de la période 2012-2023 et d'autre part à ceux de la population générale. Enfin, le rapport se concentrera sur deux sous études : les différences entre les décès en zone urbaine et rurale, et une étude sur les sources d'informations sur les décès.

EDITO	PAGE 3
PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	PAGE 7
EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DEcrire AU CMDR	PAGE 9
REMERCIEMENTS	PAGE 11
LISTE DES ABREVIATIONS	PAGE 13

PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Le Collectif Les Morts de La Rue (CMDR) est une association loi 1901, créée en 2003³. Il regroupe des acteurs et actrices de terrain, une cinquantaine d'associations, toutes et tous en lien permanent avec les personnes en situation de précarité, et des personnes elles-mêmes en situation de sans-abrisme.

Il se donne pour mission de faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée, de dénoncer les causes souvent violentes de ces morts, de veiller à la dignité des funérailles et enfin de soutenir et d'accompagner les proches en deuil (entourage familial, amical, professionnel, bénévole, ...).

Le Collectif Les Morts de la Rue se compose **d'une équipe salariée et d'intervenants et intervenantes au statut indépendant, de volontaires en Service Civique et de plus de 150 bénévoles.**

Ses actions :

- **L'hommage public national aux personnes mortes de la rue**, célébré chaque année depuis 2003. En 2025, cet hommage a eu lieu le 20 mai au Parc de Belleville dans le 20ème arrondissement à Paris.
- **L'accompagnement des Proches en Deuil (PED)** : Depuis ses débuts, le CMDR est en lien avec des proches de personnes décédées de la rue : familles, amis, associations, ... Ces personnes contactent Le Collectif Les Morts de La Rue pour signaler un décès, obtenir des renseignements à propos d'une personne morte de la rue ou parce qu'elles sont inquiètes pour une personne dont elles n'ont plus de nouvelles. Elles sont accueillies par téléphone ou dans les locaux du Collectif Les Morts de la Rue et sont soutenues par l'équipe de PED pour faire face à cet événement tragique.
- **La formation et l'appui aux personnes** confrontées aux décès :
 - Des formations « Boîte à Outils ». Ces interventions sont organisées afin de mettre à disposition des équipes professionnelles ou bénévoles, des outils leur permettant de mieux faire face aux décès (outils administratif et juridique, éclairages sur le droit des personnes, rôle de la personne de confiance ou comment établir un testament).
 - Des formations sur-mesure pour des structures confrontées aux décès et souhaitant sensibiliser l'ensemble de leurs équipes professionnelles ou bénévoles et mieux anticiper les décès pouvant survenir.
- **Faire vivre la mémoire des morts de la rue** : des binômes de jeunes volontaires en service civique se succèdent au sein du Collectif Les Morts de La Rue. Ils et elles travaillent spécifiquement sur la mission « Mémoire des morts de la rue ». Celle-ci consiste via des enquêtes de terrain, à Paris, à recueillir auprès des riverains des témoignages et des anecdotes sur la vie des femmes et des hommes dont le Collectif apprend le décès. Par le biais du blog Mémoire des Morts de la Rue⁴, les différents binômes retracent des parcours de vie et tentent d'apporter un regard neuf sur qui étaient ces personnes. Les volontaires en service civique apportent aussi une aide dans la réalisation de l'étude Dénombrer & Décrire.
- **L'accompagnement des personnes mortes isolées**⁵ en convention avec la Ville de Paris : L'Institut Médico-Légal et les Services Funéraires de la Ville de Paris informent l'équipe PED des corps non réclamés. Des bénévoles accompagnent alors les personnes défuntes au cimetière Parisien de Thiais et leur rendent un hommage individuel grâce aux informations recueillies par l'équipe PED. Une trace écrite est conservée au CMDR afin de pouvoir rendre compte aux familles (qui apprennent parfois le décès avec du retard) de ce qui s'est passé, du texte qui a été lu, de la fleur qui a été déposée. Plusieurs centaines de personnes défuntes sont accompagnées chaque année, par une soixantaine de bénévoles.

³ JO du 19 avril 2003 N°1548

⁴ <https://memoiredesmortsdelarue.wordpress.com/>

⁵ Les personnes isolées ne sont pas toutes sans chez soi.

- Le CMDR mène également des actions de communication, de mobilisation et d'interpellation (campagnes de presse, site internet et réseaux sociaux). Des actions sont menées auprès des communes qui ne respecteraient pas l'obligation d'inhumer les personnes dépourvues de ressources suffisantes. Le CMDR est membre du Collectif des Associations pour le Logement (CAL) pour une nouvelle politique du logement, et participe activement à ses actions de communication.
- Chaque année, est organisé le « Forum des Associations et Collectifs » qui permet la rencontre des associations et collectifs engagés dans l'accompagnement des personnes mortes de la rue et/ou isolées partout en France. Chaque association est indépendante et possède une histoire et des objectifs qui lui sont propres. Ces différences font la richesse de ces rencontres qui se poursuivent de manière plus informelle tout au long de l'année.
- **L'étude Dénombrer & Décrire (D&D)** à laquelle se consacrent l'épidémiologiste et la coordinatrice de l'étude D&D, et une équipe d'enquêteurs et enquêtrices composée de volontaires et bénévoles. L'équipe D&D recense les décès de personnes sans chez-soi sur l'ensemble du territoire français et mène des enquêtes afin de retracer leur parcours de vie. Ce recensement intègre également les personnes sans domicile décédées sous X car non identifiées. Ce travail se conclut chaque année par la publication du rapport Dénombrer & Décrire qui décrit la mortalité des personnes sans chez-soi en France.

EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DECRIRE AU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Comité de pilotage

Le bureau du conseil d'administration :
Dominique BONNET, secrétaire
Xavier Du BOISBAUDRY
Bérangère GRISONI, présidente
Stéphanie MOREL
Philippe RENARD, trésorier

Parmi les professionnels :
Chrystel ESTELA, directrice
Adèle LENORMAND, coordinatrice de l'équipe
D&D
Julien KERAMI, épidémiologiste

Comité Consultatif piloté par Julien KERAMI

Maya ALLAN, épidémiologiste à l'OMS, épidémiologiste du CMDR (2014-2017)
Julien AMBARD, épidémiologiste du CMDR (2019-2022)
Eveline CLEYNEN, chercheur chez Sciensano, épidémiologiste du CMDR (2017-2018)
Chrystel ESTELA, directrice du CMDR
Larissa FOSSI DJEMBI, épidémiologiste du CMDR (2022-2023)
Bérangère GRISONI, présidente du CMDR
Lise GROUT, épidémiologiste chez Epicentre, épidémiologiste du CMDR (2012-2014)
Olivier DONNAT, Sociologue et enquêteur D&D
Carole LARDOUX, responsable de l'observation sociale à la FAS
Ghislain LEDUC, épidémiologiste
Adèle LENORMAND, coordinatrice de l'équipe D&D

Thomas LELLOUCH, directeur de Projet Statistiques de la grande pauvreté à l'Insee
Louise LESPAGNOL, coordinatrice de l'équipe D&D (2021-2022)
Raphaël PETIT, coordinateur de l'équipe D&D (2019-2021)
Roger SALAMON, professeur de santé publique, ancien président du Haut Conseil de la santé publique
Sheïma SALMI, chargée d'études hébergement logement, ancienne enquêtrice D&D
Cécile ROCCA, coordinatrice du CMDR (2003-2022)
Thomas TARI, Chercheur et enseignant à Sciences Po

Équipe d'enquêteurs et enquêtrices Dénombrer & Décrire pilotée par Adèle LENORMAND

Margot BARATTE
Dominique BONNET
Rita BOUKHIMA
Jean CANESSE
Irène COELHO
Caroline DAVID
Dominique DARCE
Olivier DONNAT
Rodrigue ELICHONDOBORDE
Fatima EL YAGOUBI
Mathilde FORGET
Mylène GARCIA
Ophélie HORMIGOS-ANDRE
Benjamin JOUBERT

Marine LAVAGNA
Alexandre LAHLOU BEAUDOIN
Gabriel MANDAKOVIC
Marianne MONSAURET
Pascale MOSMANT
Charlotte POCCESCHI
Alice RAZON
Elise SAHL
Vivi SANTE
Pierre SEUZARET
Pierre SIRE
Fatimata SOW
Thomas TARI



Financement du projet

Cette étude est financée en grande partie par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL). Le complément vient des fonds propres du CMDR (adhésions et dons).



REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui soutiennent notre travail et qui nous signalent les décès dont elles ont connaissance. Nous espérons vous avoir apporté, à travers nos échanges au moment du décès, le soutien attendu, et que vous trouverez un nouvel intérêt à notre travail en lisant ce rapport.

Nos remerciements vont également à toutes celles et ceux qui ont accepté de répondre à nos questions pour reconstituer le parcours de vie des personnes décédées. Nous comprenons qu'il n'est jamais simple de revenir sur des moments douloureux, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes que vous avez bien connues et dont les éléments de vie sont parfois sensibles. Nous espérons que le travail accompli avec les informations que vous nous avez fournies rend justice à ces vies, et que ce rapport permettra, à sa manière, de préserver la mémoire de ces hommes, femmes et enfants sans chez-soi.

Nous remercions sincèrement la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) de sa confiance renouvelée, pour les mises en lien et pour le travail partenarial facilité et renforcé.

Nous adressons un immense merci à l'équipe des bénévoles et aux volontaires en service civique, qui s'investissent sans relâche pour soutenir notre mission. Leur engagement se manifeste à travers les appels téléphoniques, l'envoi de courriels, la rédaction de lettres, l'organisation des funérailles des personnes isolées et des hommages, ainsi que le soutien continu apporté à l'équipe salariée. Leur dévouement quotidien permet au CMDR de maintenir un lien humain et solidaire, essentiel pour honorer la mémoire des personnes disparues.

Un remerciement chaleureux à l'équipe de bénévoles ayant travaillé sur la refonte du questionnaire pour l'enquête 2025, et pour l'éditeur Epiconcept qui nous accompagne depuis de nombreuses années, nous permettant de saisir les données de façon sécurisée.

Nous souhaitons également remercier chaleureusement les personnes qui relisent, corrigent, aident à la mise en forme du rapport, des graphiques, et les membres du comité consultatif du CMDR pour leur précieuse contribution. Grâce à leurs avis éclairés et à leur rigueur, ce rapport a pu être affiné et amélioré, garantissant ainsi la qualité et la pertinence des informations présentées.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance aux institutions et aux associations qui s'impliquent dans cette étude. Grâce à vos signalements réguliers et à la transmission de nombreuses données, vous avez permis d'enrichir cette recherche. Merci d'avoir porté ce projet au sein de vos organismes respectifs et de nous avoir donné accès à ces informations cruciales pour mener à bien notre mission.

Cathy, 6 ans

On ne sait pas grand-chose de Cathy, sinon qu'elle a suivi dans ses 5 années de vie le parcours de migration de sa mère. Née en Italie, quand Cathy est-elle arrivée en France ? En tout cas, elle s'y trouve en 2020, date à laquelle sa mère dépose une demande de logement social. La mère et la fille ont passé en 2020 une période en situation de rue, avant d'être hébergées en CHU*. Cathy était toujours sans chez-soi en 2024 quand elle est décédée à l'hôpital. Elle avait 6 ans.

*CHU : centre d'hébergement d'urgence.

Île-de-France

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

LISTE DES ABREVIATIONS

A-SCS	Personne Anciennement Sans Chez Soi
AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AHI	Dispositif d'Accueil Hébergement Insertion
AHI-L	Dispositif de l'Accueil Hébergement Insertion et du Logement
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Examen des Situations
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAL	Collectif des Associations pour le Logement
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHRS	Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIM10	Classification Internationale des causes Médicales de décès, 10ème version
CMDR	Collectif Les Morts de la Rue
CMU-C	Complémentaire de la Couverture Maladie Universelle, aujourd'hui Complémentaire santé solidaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDE	Comité pour la santé des exilé.e.s
COPIL	Comité de pilotage
COVID-19	Maladie infectieuse émergente provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2, COronaVIrus Disease 2019
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
D&D	Projet Dénombrer & Décrire: Surveillance de la mortalité des personnes sans chez-soi ou ayant connu une période sans logement
DDETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESSIP	Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité
ETHOS	Typologie européenne de l'exclusion liée au logement
ETP	Équivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité, anciennement FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale)
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

FLD	Fondation pour le Logement des Défavorisés
FNSS	Fédération Nationale des Samu Sociaux
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
HYTPEAC	Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanées » de l'Observatoire du Samusocial de Paris; 2013
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IDF	Île-de-France
INED	Institut National d'Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSERM-CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAR	Missing At Random
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCAR	Missing Completely At Random
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNAR	Missing Not At Random
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OPFRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction ou test d'amplification des acides nucléiques
PED	Équipe Proches En Deuil du CMDR
PUMa	Protection Universelle Maladie, anciennement CMU (Couverture Maladie Universelle)
R-SCS	Personne Récemment Sans Chez Soi
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAI	Sans Autre Information
SAMENTA	Rapport sur la SAnté MENTale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France de l'Observatoire du Samusocial de Paris et de l'INSERM 2010.
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (syndrome respiratoire aigu sévère)
SCS	Personne Sans Chez-Soi
SDF	Sans Domicile Fixe
SI-SIAO	Système d'information des SIAO
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
TS	Travailleur Social
UE	Union Européenne
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux et intercommunaux d'Action Sociale
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ-SOI EN 2024

Recensement et description des personnes sans domicile décédées en 2024

Liste des Figures

Figure 1 - Evolution du nombre de décès recensés par le CMDR depuis 2002	30
Figure 2 - Répartition des décès connus selon le temps écoulé depuis leur survenue.....	32
Figure 3 - Matrice du nombre de décès appris par année de survenue et année.....	33
Figure 4 - Répartition des lieux de vie au moment du décès des personnes sans chez-soi pour les périodes 2012-2023 et 2024.....	35
Figure 5 - Évolution des décès des personnes sans chez-soi selon leur pays de naissance, hors France, depuis 2012 ...	39
Figure 6 - Évolution des lieux de décès des personnes sans chez-soi depuis 2012	40
Figure 7 - Nombre de décès des personnes sans chez-soi selon la région de décès en France métropolitaine en 2024.	41
Figure 8 - Évolution des causes principales de décès des personnes sans chez-soi depuis 2012.....	48
Figure 9 - Répartition des lieux de décès des personnes sans chez-soi selon l'âge en 2024	49
Figure 10bis - Evolution des causes de décès des personnes sans chez-soi selon l'âge entre 2012-2023 et 2024	50
Figure 11 - Répartition des causes de décès des personnes sans chez-soi selon la saison en 2024	51
Figure 12 - Répartition des causes de décès des personnes sans chez-soi selon le pays de naissance en 2024.....	52
Figure 13 - Consommations identifiées des personnes sans chez-soi décédées en 2023.....	56
Figure 14 - Comparaison des types de ruptures ayant conduit à la perte de domicile des personnes sans chez-soi décédées pour les périodes 2012-2023 et 2024.....	57
Figure 15 - Temps d'errance avant le décès pour les personnes sans chez soi décédées en 2024 et pendant la période 2011-2023	60
Figure 16 - Âge au décès des personnes sans chez-soi selon leur temps d'errance en 2024	61
Figure 17 - Pyramide des âges au moment du décès selon le genre pour les personnes sans chez-soi en 2024	64
Figure 18 - Pyramide des âges au moment du décès selon le genre pour la population générale en 2023 (INSEE)	64
Figure 19 - Carte de la part des décès par région des personnes sans chez-soi en 2024	67
Figure 20 - Carte de la part des décès par région en population générale en 2023 (INSEE).....	68
Figure 21 - Répartition des ménages selon le niveau de vie par type d'espace	71
Figure 22 - Part de décès de personnes sans chez-soi selon la région et la zone géographique (2012 – 2024).....	73
Figure 23 : Part de décès de personnes sans chez-soi selon l'âge et la zone géographique (2012 – 2024).....	74
Figure 24 : Part de décès de personnes sans chez-soi selon le lieu de décès et la zone géographique (2012 – 2024)....	75
Figure 25 - Cause de décès de personnes sans chez-soi selon la zone géographique (2012 – 2024).....	76
Figure 26 - Signalement de décès par catégories (2012 – 2024).....	79
Figure 27 - Evolution de la répartition des catégories de source par année	81
Figure 28 - Proportion des catégories de source par région (2012 – 2024).....	82
Figure 29 - Nombre de sources par région (2012 – 2024).....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Définition de cas de la surveillance du CMDR	26
Tableau 2 – Distribution de la mortalité des personnes recensées par le CMDR depuis 2012	31
Tableau 3 – Comparaison des principales caractéristiques des personnes sans chez-soi décédées entre 2012-2023 et 2024	37
Tableau 4 - Nombre décès recensés dans les DROM par le CMDR	44
Tableau 5 - Distribution des causes de décès des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR.....	47
Tableau 6 – Antécédents médicaux identifiés des personnes sans chez-soi décédées en 2024	54
Tableau 7 - Pathologies identifiées des personnes sans chez-soi décédées en 2023	55
Tableau 8 - Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2024 et la population générale décédée en France, INSEE 2023.....	62
Tableau 9 - Répartition des types de commune et de la population selon le type d'espace - INSEE	70
Tableau 10 : Nombre de décès de personnes sans chez-soi selon la zone géographique par année	72
Tableau 11 - Sous catégories des sources de signalement de décès (les 10 plus importantes)	80
Tableau 12 - Données de santé des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR en 2023	109
Tableau 13 – Données relative au placement des personnes sans-chez soi décédées en 2023	110
Tableau 14 - Suivi administratif des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR en 2023	111

Joël, 53 ans

Joël a cumulé les ruptures au cours de sa vie. Rupture, pour commencer, avec son pays d'origine, la République centrafricaine. Joël est arrivé à 18 ans en France, avec un titre de séjour pour soins, car il souffrait d'une pathologie chronique des reins pour laquelle il ne cessera d'être suivi. Rupture professionnelle ensuite : travaillant comme agent de sécurité à Eurodisney, il est victime d'un accident du travail qui le conduit à la perte de son emploi. Joël multiplie alors les impayés, ce qui le conduit à perdre son logement. En parallèle, Joël a vécu une rupture conjugale. Ces différentes ruptures cumulées conduisent Joël à vivre en rue pendant cinq ans, où il s'abrite tantôt dans des entrées d'immeubles, tantôt aux urgences des hôpitaux, tantôt dans des haltes de nuit. Son état général se dégradant, il fait de fréquents séjours aux urgences pour sa maladie rénale, et sa consommation d'alcool s'aggrave. Joël finit par décéder, probablement en lien avec sa maladie rénale, et du fait d'un état de santé dégradé par des années de rue.

Île-de-France

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

INTRODUCTION

En 2012, l'INSEE et l'INED estimaient à environ 142 900 le nombre de personnes sans chez-soi sur le territoire français⁶. Alors que l'enquête est en cours d'actualisation en 2025⁷, nous ne pouvons que nous inquiéter de la hausse de cette problématique, déjà identifiée par de nombreuses associations. En 2025, la Fondation pour le Logement dénombre ainsi 350 000 personnes sans chez-soi en France, vivant soit dans des abris de fortune, à la rue, dans des hôtels, ou encore dans des structures d'hébergement d'urgence⁸. Parmi ces personnes, près de 120 000 sont des femmes. Un rapport du Sénat de 2025 rappelle que chaque fois, environ 3000 femmes et autant d'enfants passent la nuit dehors⁹. Cette augmentation se constate aussi au plus près du terrain : lors de la nuit de la Solidarité 2024, 3492 personnes sans solution d'hébergement ont été rencontrées à Paris, soit 10 % de plus qu'en 2023¹⁰.

Dans le même temps, un rapport de la Cour des Comptes dresse en 2024 un état des lieux indiquant que la gestion de l'hébergement d'urgence était gérée avec des dispositifs trop « temporaires » et avec un pilotage « perfectible ». L'enjeu est ainsi de proposer des solutions pérennes¹¹. Enfin, la présence d'enfants et de femmes à la rue atteint des niveaux inédits. Les travaux sénatoriaux¹² évoquent une « féminisation du sans-abrisme passée sous les radars » et appellent à une prise en charge inconditionnelle, rapide et continue, y compris la nuit et le week-end, adaptée aux besoins de sécurité et d'intimité.

912. C'est le chiffre qui sera retenu cette année. 912 personnes sans chez-soi sont mortes de la rue. Car les conséquences sanitaires de l'absence de chez-soi sont majeures. La vie à la rue expose à des traumatismes, des pathologies somatiques et psychiques non ou tardivement prises en charge, aux violences, aux aléas climatiques et à une mort prématuée évitable. Ce rapport n'a pas vocation à remplacer une statistique publique exhaustive ; il rétablit une visibilité et fournit des indicateurs épidémiologiques utiles à l'action. Les décès « sur l'espace public », fréquents, ne doivent pas occulter ceux survenus à l'hôpital, en hébergement, en détention ou dans d'autres lieux : la rue tue directement et indirectement, par l'usure des corps, les barrières d'accès aux droits, aux soins, à la dignité, et le manque d'environnements protecteurs. Cette augmentation par rapport aux années précédentes pourrait être le reflet à la fois d'une détérioration des conditions de vie pour ces populations, mais aussi d'une amélioration du recensement grâce à un réseau de partenaires associatifs et institutionnels en expansion. Il convient donc de rester prudent quant à l'interprétation de cette hausse, la surveillance n'étant pas exhaustive et une part importante des décès échappant encore à ce travail de recensement.

En France, si l'espérance de vie des personnes sans chez-soi demeure très inférieure à celle de la population générale, les informations disponibles sur leur mortalité restent limitées et dispersées. Cette invisibilité statistique a conduit à la création, en 2003, du Collectif Les Morts de la Rue (CMDR), dont l'un des objectifs majeurs est de recenser et décrire les décès de personnes sans chez-soi sur l'ensemble du territoire. Depuis plus de vingt ans, le CMDR s'attache à rendre visibles ces morts trop souvent passées sous silence, à sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à la réalité de ces parcours de vie brisés, et à porter une parole de mémoire et de dignité pour celles et ceux que la société a laissés de côté.

Depuis 2012, avec le soutien de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) puis de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), le Collectif Les Morts de la Rue publie chaque année son rapport « *Dénombrer & Décrire* ». Ce travail est devenu une référence unique pour

⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324> - L'hébergement des sans-domicile en 2012 (INSEE)

⁷ <https://www.insee.fr/fr/information/7634303> - Enquête sans-domicile 2025 (INSEE)

⁸ <https://www.fondationpourlelogement.fr/30e-rapport-sur-l-etat-du-mal-logement-en-france-2025/> -

Rapport sur l'état du mal-logement en France 2025

⁹ https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1_mono.htm - Femmes sans abri, la face cachée de la rue. Rapport d'information du Sénat, 2025

¹⁰ <https://www.paris.fr/pages/nuit-de-la-solidarite-2024-25549> - Nuit de la Solidarité 2024 à Paris

¹¹ <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-relations-entre-l-etat-et-les-gestionnaires-de-structures-d-hebergement> - Les relations entre l'État et les gestionnaires de structures d'hébergement - 2024

¹² Ibid.

comprendre l'ampleur, les caractéristiques et les évolutions de la mortalité des personnes sans chez-soi en France.

L'objectif principal de ce rapport est de présenter et d'analyser les résultats issus de la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR en 2024, en les comparant à l'évolution observée depuis 2012. Il propose également un éclairage approfondi sur certains groupes particulièrement concernés - femmes, jeunes, personnes vieillissantes, ou encore personnes nées à l'étranger - afin de mieux comprendre les dynamiques et les inégalités qui traversent ces parcours. Deux focus seront présentés : un premier sur les sources de données du Collectif, et un second sur la dimension urbaine et rurale des décès que nous recensons.

Ce travail s'inscrit dans une démarche à la fois scientifique et mémorielle, visant à rendre hommage à celles et ceux dont la disparition reste trop souvent ignorée, tout en contribuant à améliorer les politiques publiques et les pratiques d'accompagnement pour prévenir les décès prématurés liés à la grande exclusion et à la rue.

Ce rapport s'inscrit dans une démarche de vigilance et d'interpellation. Chaque décès recensé rappelle que la mort à la rue n'est pas une fatalité, mais le résultat d'un enchaînement de manques : de logement, de soin, de reconnaissance et de solidarité.

L'objectif principal de ce rapport est donc de décrire les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR en 2023, de comparer ces données avec celles de la période 2012-2022, et d'apporter un éclairage sur certains groupes spécifiques de personnes sans chez-soi décédées. Ce travail s'inscrit dans une démarche de mémoire et de reconnaissance pour ces vies souvent oubliées, tout en poursuivant l'objectif d'une amélioration des politiques publiques pour prévenir la mort prématurée des personnes sans chez-soi.

METHODES

Surveillance de la mortalité

La surveillance réalisée par le CMDR a pour objectif de recenser l'ensemble des décès de personnes sans chez-soi survenant chaque année sur l'ensemble du territoire français¹³. Elle a pour objectifs spécifiques de décrire le profil et le parcours des personnes, ainsi que les causes de leur décès¹⁴. Elle vise ainsi à aider à formuler des recommandations quant aux stratégies de prévention et de prise en charge de cette population vulnérable, tout en rendant hommage annuellement à toutes les personnes décédées qui ont connu à un moment de leur vie un parcours de sans-abrisme. Elle a pour finalité d'alerter les différentes parties prenantes quant à la vulnérabilité de cette population et d'inciter à l'action.

Le CMDR s'appuie pour cela sur un réseau de partenaires et d'acteurs en constante évolution (Annexe 1). Il se compose d'associations impliquées au quotidien auprès des personnes sans domicile dans l'accueil, l'hébergement ou encore l'insertion (Annexe 2) ; de collectifs et associations d'accompagnement des personnes mortes de la rue et/ou isolées (Annexe 3) ; de partenaires institutionnels, de médias (Annexe 4) et de particuliers. Ces différentes sources participent, de fait, à la surveillance active par une démarche volontaire de signalement des décès (Annexe 5).

A réception d'un signalement, le CMDR initie un premier travail de vérification et confirmation en utilisant la définition de cas présentée dans le tableau 1¹⁵.

Tableau 1 – Définition de cas de la surveillance du CMDR

Définition de cas	Catégories spécifiques
	Sans chez-soi « en situation de rue » , ayant dormi principalement* : <ul style="list-style-type: none">- Dans des lieux non prévus pour l'habitation (cave, cabane, voiture, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, partie commune d'un immeuble, chantier, tente, métro, gare, rue, pont, toilette publique, parking, square/jardin, ...)- Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin- Dans un dispositif temporaire mis en place dans le cadre du plan hivernal ou plan grand froid (gymnase réquisitionné)
Personne « Sans chez soi » : toute personne ayant principalement* dormi au cours des 3 derniers mois précédant le décès dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou dans une structure d'hébergement	Sans chez-soi « Hébergée » : ayant dormi principalement* : <ul style="list-style-type: none">- Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (foyer d'urgence, centre de stabilisation, CHRS, Hôtel social, Asile de nuit, LHSS, LAM, ...)- Dans un logement squatté (logement occupé sans droit ni titre)- Dans un logement si la personne est hébergée par un proche ou de la famille faute de ne pouvoir avoir son propre logement- Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (si cette situation est non pérenne)
	« Probablement sans chez-soi » : si la personne appartenait à l'une de ces deux catégories mais que le type exact d'habitat n'est pas connu
Personne « Anciennement sans chez-soi » : toute personne ayant été à un moment de la vie dans une situation sans chez-soi mais qui, au décès, dormait principalement* au cours des 3 derniers mois dans un logement personnel (parc social ou privé) ou un logement accompagné (maisons-relais, résidences sociales, pensions de famille, EHPAD, ...).	
Personne « Récemment à la rue » : toute personne ayant perdu son logement depuis moins de 6 semaines	

* Plus de 6 semaines sur les 3 derniers mois qui ont précédé le décès.

¹³ France métropolitaine, Départements et Collectivités d'Outremer.

¹⁴ Age, sexe, lieu de décès, causes de décès, parcours.

¹⁵ Depuis 2020, le CMDR reprend le terme de personnes « sans chez soi » plutôt que le terme « SDF » utilisé dans les précédents rapports. En effet, le terme « sans chez soi » correspond davantage à la population étudiée. Les définitions ne changent pas.

Cette première étape repose sur l'exploration des données et contacts disponibles lors de la transmission du signalement. Elle mène à interroger les bases de données disponibles en open data (Fichier des décès de l'INSEE¹⁶, plateforme MatchID¹⁷) et à demander les actes de décès, afin de confirmer une identité, ou pouvoir obtenir d'autres pistes pour l'enquête épidémiologique (telles que la domiciliation ou le lieu du décès).

Dans une seconde phase, les équipes du CMDR mènent l'enquête afin de retrouver les tiers ayant pu connaître ces personnes de leur vivant (acteurs et actrices du travail social, des maraudes ou de structures telles que les CCAS, MDS, SIAO¹⁸ de la rue. Les proches directs ne sont pas contactés. Les enquêteurs et enquêtrices recueillent alors, au moyen d'un questionnaire standardisé (Annexe 6), un ensemble de données retracant le parcours de chaque personne décédée (Annexe 7).

Données recueillies

Les informations collectées sont démographiques (date et commune de naissance, date et commune de décès, âge, genre), relatives au décès (circonstances de survenue, lieux et causes de décès), au contexte administratif, social et familial, au parcours résidentiel et à l'état de santé (pathologies, antécédents médicaux)¹⁹.

Les données sont ensuite saisies sur Voozanoo®, une plateforme de saisie de données en ligne, sécurisée (agrément d'hébergement de données de santé conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD)) et créée par Epiconcept. En 2025, une nouvelle version de Voozanoo a été mise en place à l'occasion de la rénovation du questionnaire. Cette rénovation fera l'objet d'un chapitre lors du prochain rapport.

Les causes de décès sont codées par l'équipe du CMDR sur la base des informations recueillies lors des signalements (circonstances du décès) et selon la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10)²⁰.

Les lieux de vie connus des personnes décédées au cours de leur parcours ont été recodés selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS) de 2007 élaboré par la FEANTSA (cf. Annexe 8).

Analyse des données

Une analyse descriptive des données est réalisée incluant le calcul de moyennes, écart-types et fréquences selon la nature des variables. Une analyse comparative est menée entre les décès recensés par le CMDR en 2024 et ceux recensés sur la période 2012-2023 d'une part et l'ensemble des décès de la population générale en France en 2024²¹ d'autre part. Les tests usuels de comparaison de variables ont été utilisés. Le traitement et les analyses ont été réalisés en utilisant le logiciel de statistiques R, version 4.3.3.

Considérations éthiques et réglementaires

Le recueil rétrospectif mené par le CMDR porte sur des données déjà existantes ou et relatives à des personnes décédées qui ne relèvent pas du règlement général sur la protection des données²². Leur type, leur stockage et leur exploitation par le CMDR exclusivement font l'objet d'une déclaration enregistrée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1354755. Les informations personnelles recueillies ne font l'objet d'aucune communication publique. Les données présentées dans ce rapport sont agrégées.

Parmi les missions du CMDR, celui-ci peut aider la famille d'une personne défunte dans les démarches visant à récupérer certaines informations auxquelles elle peut avoir accès, notamment les comptes rendus d'autopsie si le corps de la personne défunte a été examiné par un Institut médico-légal et, le dossier médical, si le décès a eu lieu dans un hôpital. Ces rapports sont destinés à la famille exclusivement, leurs contenus ne sont pas connus du CMDR.

¹⁶ <https://www.insee.fr/fr/information/4190491>

¹⁷ <https://deces.matchid.io/about/service>

¹⁸ Les proches (famille...) ne sont pas contactés dans le cadre de l'enquête.

¹⁹ Pour plus de précisions, voir Annexes 6 et 7

²⁰ Seule la cause initiale du décès est codée.

²¹ Le fichier de données concernant les décès en France en 2023 est disponible en ligne sur le site de l'INSEE.

²² <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>

Manuchehr, 21 ans

Manuchehr est né au Kurdistan iranien, en 2003. Il vivait à Loon-Plage, dans l'espoir de rejoindre la Grande-Bretagne. Manuchehr a été tué par balle près d'un campement de personnes exilées, victime collatérale d'un homme qui a tué dans la même journée 4 autres personnes. Il avait 21 ans.

Loon-Plage, Hauts-de-France

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

RESULTATS

Une augmentation continue

912 décès de personnes sans chez-soi (SCS). Ce chiffre marque une augmentation importante par rapport à 2023, où 735 décès avaient été comptabilisés à la même période. Depuis, de nouveaux décès survenus en 2023 ont été portés à notre connaissance : on en dénombre désormais 785 (voir encart).

Cette progression confirme et accentue la tendance à la hausse observée ces dernières années. Le nombre de décès recensés est ainsi passé de 413 en 2012 à 912 en 2024, soit près de 130 décès supplémentaires en un an. Cette évolution traduit à la fois la persistance d'une mortalité élevée parmi les personnes sans chez-soi et l'amélioration continue de notre dispositif de recensement, qui permet de mieux identifier et comptabiliser les décès qui auparavant échappaient à la connaissance collective.

Si on étudie plus précisément le profil des personnes sans chez-soi, on constate que pour 365 personnes il n'a pas été possible, malgré l'enquête, de préciser le type d'habitat ; seule l'absence de domicile personnel a pu être identifiée. Il s'agit de la catégorie des personnes « probablement sans chez-soi »²³. 304 personnes vivaient dans des lieux non prévus pour l'habitation (rue, cave, pont, terrain vague...) et 243 étaient hébergées (CHRS, LHSS, hébergement chez des tiers...).

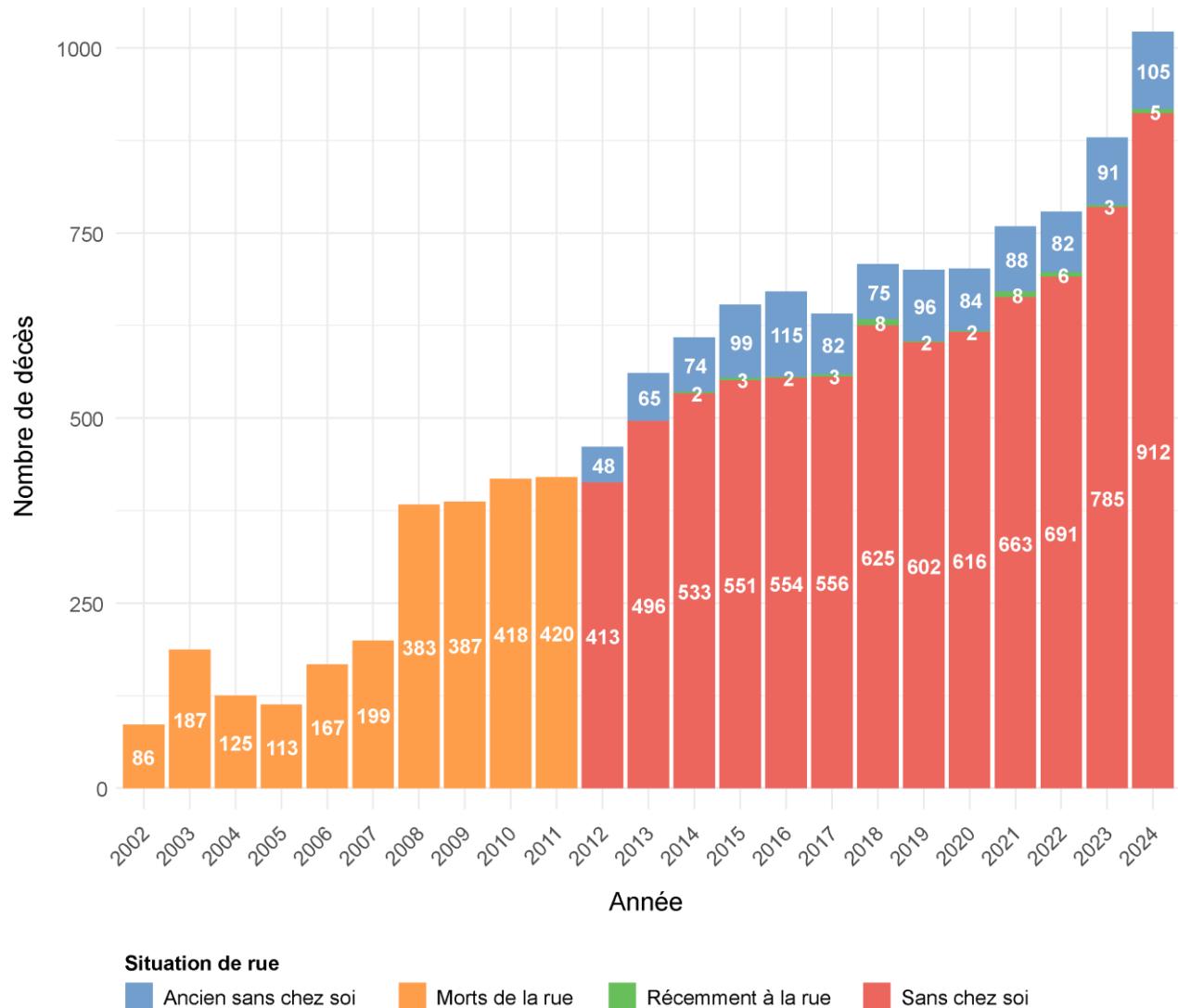
L'augmentation est à analyser avec prudence : elle peut tant représenter une augmentation des décès qu'une amélioration de notre travail de recensement. En effet, la surveillance de la mortalité du CMDR n'est pas exhaustive : une part significative des décès échappe à la surveillance du Collectif Les Morts de la Rue²⁴. L'augmentation du nombre de décès recensés peut s'expliquer par une amélioration du système de surveillance, notamment via l'amélioration des partenariats avec les associations et institutions publiques. En effet, ces partenariats facilitent la transmission d'informations, qui deviennent plus fréquentes, précises et régulières. Ainsi, même si l'on pourrait supposer que le nombre de décès augmente, une partie de cette hausse peut s'expliquer par une meilleure capacité à comptabiliser des décès qui étaient auparavant non comptabilisés. Néanmoins, la Fondation pour le Logement a établi dans son rapport annuel que le nombre de personnes sans domicile augmentait, passant de 330 000 à 350 000 en un an²⁵.

²³ Pour les décès de 2025 et les années suivantes, les catégories de « probablement sans chez soi » et de « sans chez soi » ont été additionnées pour plus de clarté.

²⁴ Sur la période 2008-2010, l'étude de C. Vuillermoz estimait que le dispositif mis en place par le CMDR ne recensait qu'une part infime (17%) des décès de personnes Sans Chez Soi (SCS)

²⁵ L'état du mal logement en France, Fondation pour logement, 2025. <https://www.fondationpourlelogement.fr/wp-content/uploads/2025/06/reml-2025-dossier-de-synthese.pdf>

Figure 1 - Evolution du nombre de décès recensés par le CMDR depuis 2002²⁶



Un dénombrement incomplet mais en augmentation

En 2024, 90 % des décès (912 sur 1022) recensés par le CMDR concernaient des personnes sans chez-soi (SCS) au cours de leur trois derniers mois de vie. Parmi ces personnes, 30% (304 sur 912) étaient en situation de rue et 24% étaient hébergées. Pour 36 % des personnes (282 sur 912), il a été établi qu'elles n'avaient pas de domicile personnel, mais l'équipe D&D n'a pas pu déterminer si elles étaient en situation de rue ou hébergées durant cette période. Elles sont donc considérées comme « probablement sans chez-soi ».

²⁶ A partir de 2012, le CMDR a comptabilisé et distingué les personnes récemment à la rue, anciennement à la rue et sans chez soi, ce qui explique la distinction entre les 2 périodes.

Tableau 2 – Distribution de la mortalité des personnes recensées par le CMDR depuis 2012

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sans chez soi	413	496	533	551	554	556	625	602	616	663	691	785	912
	89,6%	88,4%	87,5%	84,4%	82,6%	86,7%	88,3%	86,0%	87,7%	87,4%	88,7%	89,3%	89,2%
Situation de rue	174	202	347	341	275	264	258	197	179	239	263	256	304
	37,7%	36,0%	57,0%	52,2%	41,0%	41,2%	36,4%	28,1%	25,5%	31,5%	33,8%	29,1%	29,7%
Hébergé	88	95	103	117	155	147	130	177	187	139	186	211	243
	19,1%	16,9%	16,9%	17,9%	23,1%	22,9%	18,4%	25,3%	26,6%	18,3%	23,9%	24,0%	23,8%
Proba sans chez soi	151	199	83	93	124	145	237	228	250	285	242	318	365
	32,8%	35,5%	13,6%	14,2%	18,5%	22,6%	33,5%	32,6%	35,6%	37,5%	31,1%	36,2%	35,7%
Ancien sans chez soi	48	65	74	99	115	82	75	96	84	88	82	91	105
	10,4%	11,6%	12,2%	15,2%	17,1%	12,8%	10,6%	13,7%	12,0%	11,6%	10,5%	10,4%	10,3%
Récemment à la rue	0	0	2	3	2	3	8	2	2	8	6	3	5
	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,3%	0,5%	1,1%	0,3%	0,3%	1,1%	0,8%	0,3%	0,5%
Total	461	561	609	653	671	641	708	700	702	759	779	879	1022

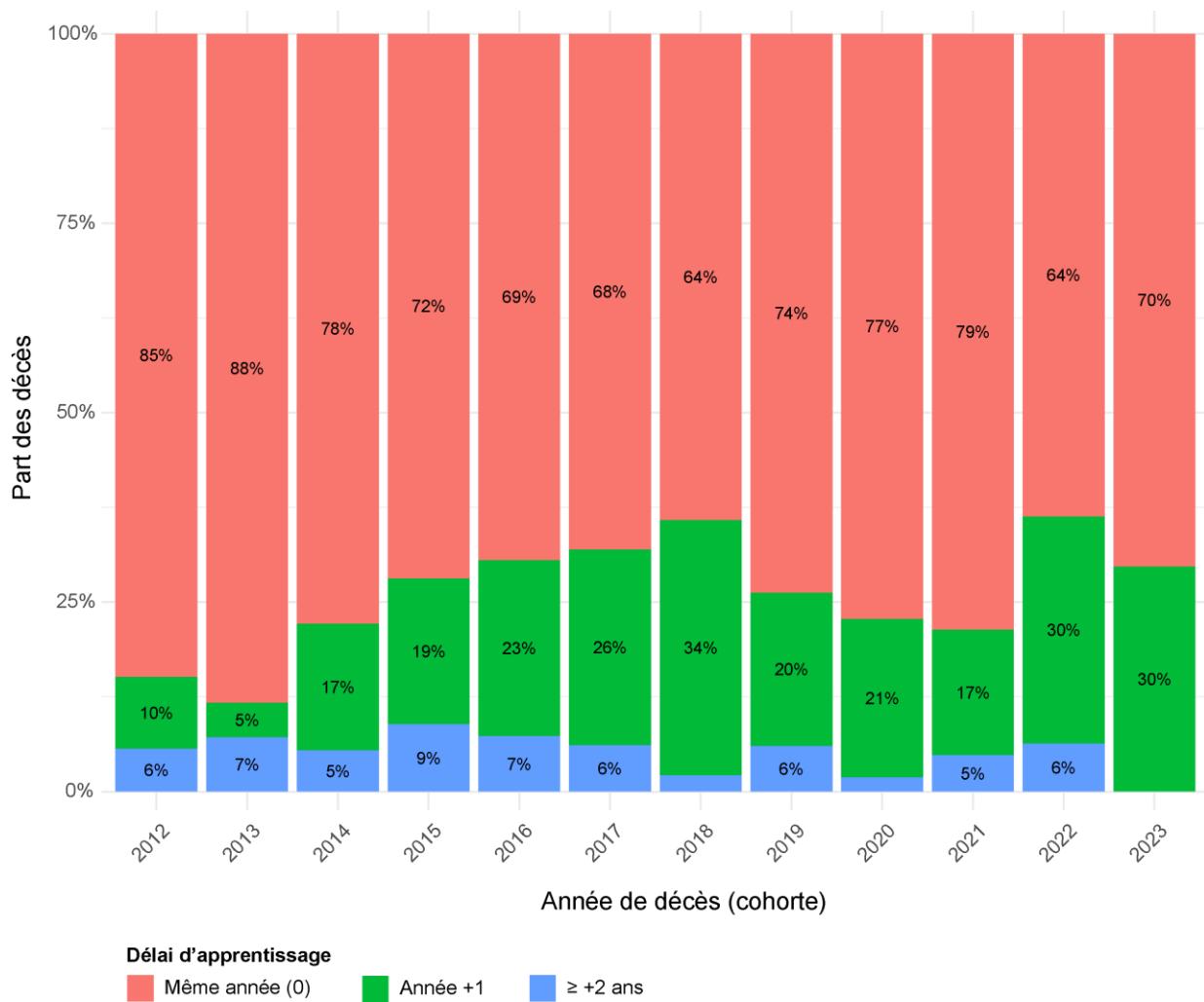
Cependant, il est important de ne pas interpréter cette tendance uniquement comme une hausse de la mortalité des personnes sans domicile. Ce qui caractérise le travail d'enquête du CMDR est la difficulté d'interpréter les variations de signalements de décès comme des hausses de la mortalité, alors même que nous ne savons pas à quel point notre travail est exhaustif, et donc si ces variations année après année relèvent plus d'une hausse de la mortalité ou d'une meilleure couverture de l'enquête. **Sur la période 2008-2010, l'étude de C. Vuillermoz estimait que le dispositif mis en place par le CMDR ne recensait qu'une part limitée (17 %) des décès de personnes Sans Chez Soi (SCS).** De fait, les constats présentés dans le présent rapport sont à prendre avec précaution tant une part non négligeable des décès échappe sans doute à l'observation du CMDR, part probablement variable dans le temps et pouvant donc influencer les résultats.

Parmi les décès recensés en 2024 par l'enquête du CMDR, 10 % des personnes (105 sur 1022) avaient connu un épisode où ils ou elles étaient "sans chez-soi" au cours de leur vie, mais disposaient d'un logement durant au minimum les trois derniers mois précédant leur décès. Ces personnes sont donc classées comme "anciennement sans chez-soi" ²⁷ (A-SCS). Il est important de noter que la surveillance du CMDR est moins étendue auprès des structures de logement accompagné (telles que les Maisons Relais ou les Pensions de famille) qu'auprès de celles pour les personnes sans domicile fixe (SCS), ce qui entraîne un biais dans l'information sur les décès parmi les A-SCS.

²⁷ Logement personnel ou accompagné de type Maisons-Relais, Pension de famille.

La base de données des Morts de la Rue : une base de données vivante.

Figure 2 - Répartition des décès connus selon le temps écoulé depuis leur survenue

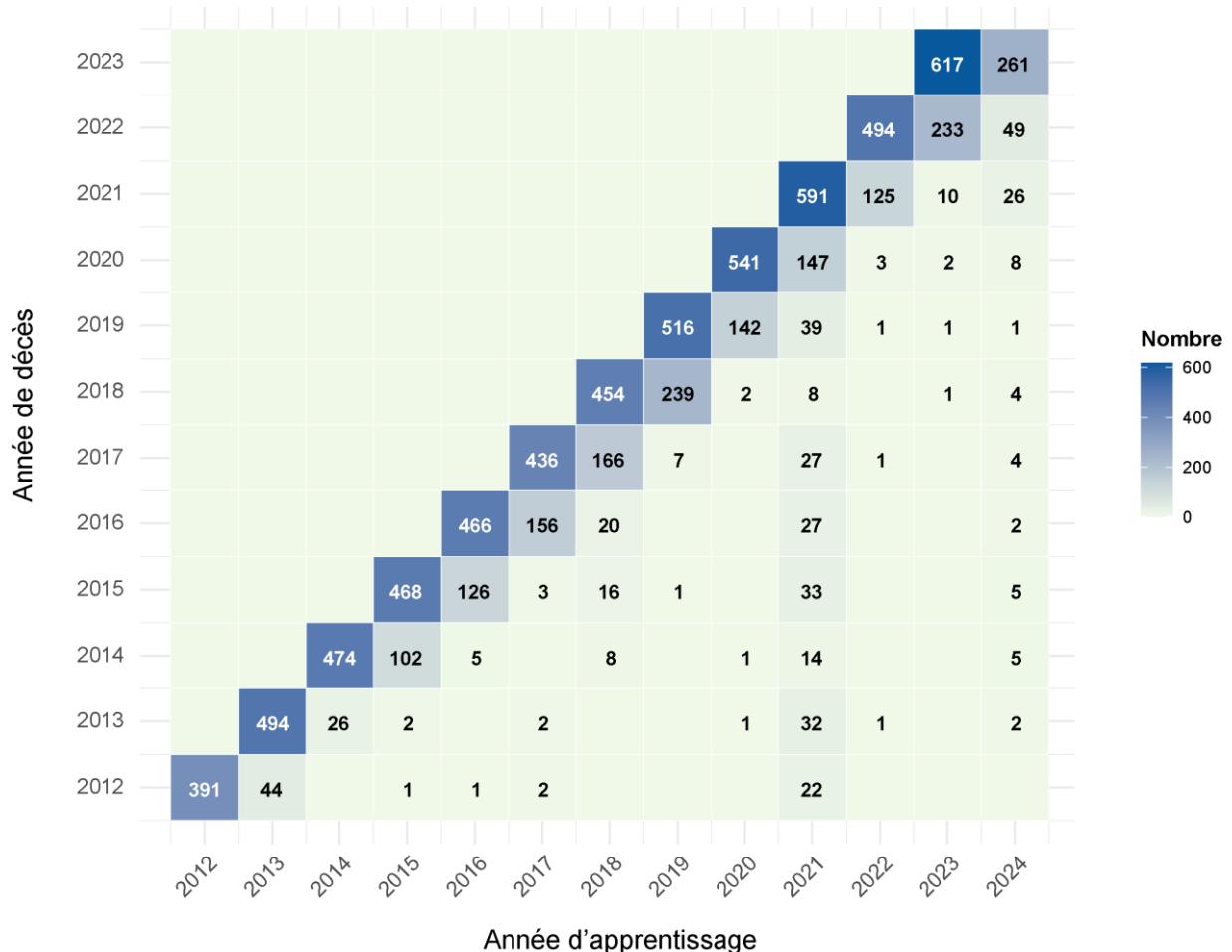


Chaque rapport annuel est rédigé à la fin de l'été et porte sur les décès de l'année précédente (celui-ci, publié en octobre 2025, concerne les décès de 2024). Malgré cette périodicité, nous apprenons les décès avec parfois plusieurs années de retard. On apprend entre 60 et 80 % des décès de l'année N proprement dite. Puis une partie des décès est apprise l'année N+1 (des décès de 2023 appris en 2024 par exemple), principalement durant les premiers mois de l'année. Enfin, une certaine part de décès sont appris au fur et à mesure des années.

La figure 2 ci-dessus, illustre la dynamique de notre base de données. En croisant l'année de survenue du décès (lignes) avec l'année de saisine de l'information (colonnes), elle montre que si la majorité des cas est recensée l'année même (diagonale principale), une part significative n'est connue que l'année suivante (année N+1) ou plus tard encore. En 2024, nous avons appris et saisi dans notre outil 49 décès de 2022, 26 décès de 2021, 8 décès de 2020, etc.

Cela explique pourquoi le nombre de décès des années précédentes évolue d'un rapport à l'autre : la base de données reste vivante, et à chaque rapport les données sont mises à jour afin de comptabiliser l'ensemble des décès depuis 2012.

Figure 3 - Matrice du nombre de décès appris par année de survenue et année



Classification des habitats

La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) a élaboré une typologie, la grille ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion, Annexe 8), afin d'améliorer la compréhension et l'évaluation des situations de sans-abrisme ou d'exclusion liée au logement. Cet outil permet d'harmoniser les définitions des différentes formes de mal-logement vécues par les personnes sans domicile et facilite la comparaison entre les pays européens en utilisant une définition commune. La grille ETHOS ne prend en compte que le lieu où la dernière nuit a été passée (comme l'enquête Sans Domicile de l'INSEE). Le CMDR, quant à lui, reprend les types de situations décrites mais les définit selon le principal lieu de vie durant les trois derniers mois avant le décès. Un regroupement des grandes catégories a été proposé pour plus de lisibilité.

En s'inspirant de la typologie ETHOS, on dénombre :

- 36% des personnes vivant dans la rue (328 sur 912) ;
- 2% en hébergement d'urgence (14 sur 912) ;
- 3% en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile (14 sur 912) ;
- 27% des personnes sortant d'institutions (246 sur 912) ;
- 12% étaient en habitat précaire (113 sur 912) ;
- 3% des personnes vivaient dans des structures provisoires (28 sur 912) ;
- 2% étaient dans des structures non classifiables avec la grille ETHOS (19 sur 912) ;
- Enfin dans 16 % des cas, il n'a pas été possible de connaître le dernier lieu d'habitation (143 sur 912).

Les catégories d'habitats sont plus précises dans le suivi du Collectif, et la grille ETHOS est ainsi calculée à partir des regroupements suivants :

- **Personnes vivant dans la rue** : lieux publics tels que la rue ou la route, les parcs, jardins et squares, les bois ou forêts, la montagne ou la campagne, mais aussi des espaces comme les gares et quais, le métro, les parkings, les plages, les toilettes publiques, les voies ferrées, les chantiers, les cimetières, les cabines téléphoniques, les centres commerciaux, les kiosques ou encore des points d'eau.
- **Hébergement d'urgence** : centre d'hébergement d'urgence.
- **Foyer d'hébergement pour personnes sans domicile** : centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), autres centres d'hébergement de moyen ou long terme.
- **Personnes sortant d'institutions** : établissements de soins (hôpital, urgences, réanimation, soins palliatifs, centre de soins, LHSS, maison de repos), lieux de détention (prison, commissariat).
- **Habitat précaire** : hébergements et logements sans précision, domiciles prêtés par un tiers, abris de fortune, cabanes, caravanes, caves, combles, entrepôts, garages, locaux techniques, ruines, squats ou locaux inoccupés, tentes, voitures, wagons désaffectés, parties communes d'immeubles.
- **Structures provisoires** : centres d'hébergement ou foyers sans précision, hôtels, accueils de jour, centres de stabilisation.
- **Accompagnement à plus long terme** : maisons de retraite, maisons de repos, CHRS de longue durée.
- **Non classifiables** : lieux renseignés mais trop imprécis ou diversifiés pour être rattachés (autre, sans précision, divers services hospitaliers non détaillés...).

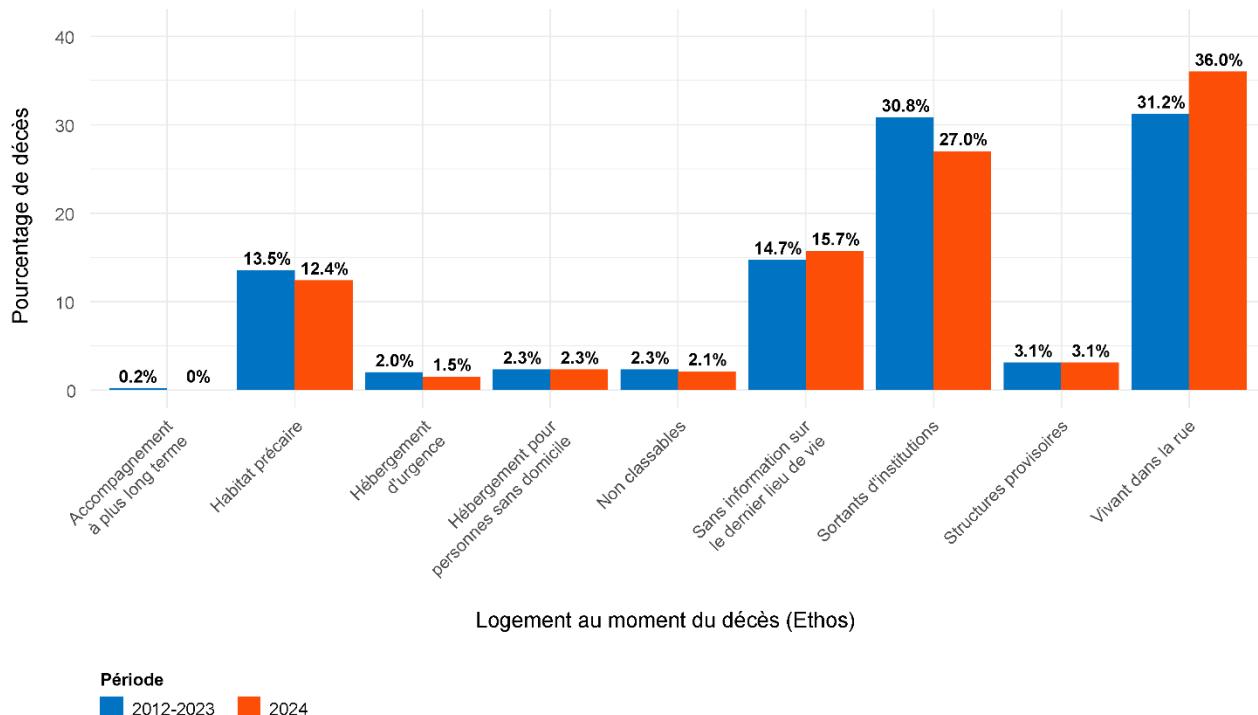
De fait, l'utilisation de la classification du mal logement développée par la FEANTSA ne prend en compte que 80% des personnes sans chez soi recensées par le CMDR :

- 38% des personnes décédées et recensées par le CMDR seraient considérées comme sans abri (239 personnes vivant à la rue et 18 en hébergement d'urgence) ;
- 34% des cas recensés par le CMDR seraient considérés comme sans logement (20 personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile, 228 sortants d'institution, 6 bénéficiant d'un accompagnement au logement à plus long terme).

Finalement, seulement deux tiers des personnes seraient comptabilisés avec le prisme de la grille ETHOS, sur les 912 identifiées et classées comme sans chez-soi par le CMDR. La grille ETHOS n'offre pas la possibilité de rendre compte de la dynamique d'accès à l'hébergement qu'il soit formel (CHU, CHRS, ...) ou informel (hébergement chez un tiers) pour les personnes SCS décédées. Il est restrictif de ne considérer que le dernier lieu d'habitation ou le dernier lieu où la personne a passé la nuit. L'intérêt des critères choisis par le CMDR apparaît donc, reposant sur le principal lieu de vie au cours des trois derniers mois précédant le décès et qui permet de mieux témoigner du parcours parfois complexe des personnes sans chez-soi.

Si l'on se penche sur les évolutions, on constate que la proportion de décès survenus « à la rue » a augmenté, passant de 31,2 % en 2012-2023 à 36 % en 2024. Cela témoignerait d'une aggravation des conditions de vie avec exposition aux risques mortels pour les personnes sans-abris, notamment intempéries et agressions. Les décès de personnes sortantes d'institutions restent dans une proportion élevée (près d'un tiers des décès) même si cette part recule en 2024 (de 30,8 % à 27 %). La part des décès en habitat précaire est presque stable avec une légère baisse (de 13,5 % à 12,4%). Enfin, les décès en structures provisoires et hébergement d'urgence constituent toujours une part faible du total et n'évoluent que peu.

Figure 4 - Répartition des lieux de vie au moment du décès des personnes sans chez-soi pour les périodes 2012-2023 et 2024



Romain, 63 ans

Nous ne savons rien de la rupture initiale qui a conduit Romain à être sans chez-soi. Romain s'est éloigné de sa mère et de sa sœur dans sa quarantaine, et a vécu les 15 dernières années de sa vie dans la cave d'un immeuble avec l'accord de la propriétaire, en bons liens avec elle et avec les habitants des étages supérieurs, cette situation d'hébergement devait être temporaire. Il avait précédemment vécu en situation de rue. Romain passait la plupart de ses journées à la bibliothèque municipale, dans le confort et la chaleur, à faire ce qu'il aimait plus que tout : lire (Victor Hugo en tête) et écrire. Il était discret, mais pas renfermé, il était solitaire et vivait dans son monde. Romain refusait les traitements. Il est décédé à 63 ans dans la cave qu'il occupait. Sa famille s'est occupée des funérailles.

Île-de-France

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Les personnes sans chez-soi décédées en 2024 Tableau 3 – Comparaison des principales caractéristiques des personnes sans chez-soi décédées entre 2012-2023 et 2024

Variables	SCS 2012-2023		SCS 2024	
	N (7085)	(%)	N (912)	(%)
Sexe				
Masculin	6237	88%	749	82%
Féminin	725	10%	122	13%
Personne trans	6	0%	1	0%
Manquant	117	2%	40	4%
Âge moyen / Ecart type				
Min-Max	0	95	0	93
Classes d'âge				
Moins de 15 ans	118	2%	38	4%
15 à 25 ans	322	5%	47	5%
26 à 45 ans	1926	27%	244	27%
46 à 65 ans	3332	47%	378	41%
Plus de 65 ans	801	11%	102	11%
Manquant	586	8%	103	11%
Pays de naissance				
France	3397	48%	368	40%
UE	1121	16%	108	12%
Hors UE	2258	32%	352	39%
Manquant	309	4%	84	9%
Mode de vie				
Seul	1832	26%	387	42%
Sans enfant	496	7%	99	11%
Avec enfant	732	10%	138	15%
Sans précision	604	9%	150	16%
En couple	267	4%	26	3%
Sans enfant	61	1%	7	1%
Avec enfant	99	1%	12	1%
Sans précision	107	2%	7	1%
En famille (fraterie, grands	224	3%	63	7%
Non renseigné	4447	63%	395	43%
Autre	315	4%	41	4%
Saison				
Été	1563	22%	182	20%
Automne	1783	25%	247	27%
Hiver	2073	29%	271	30%
Printemps	1492	21%	192	21%
Manquant	174	2%	20	2%
Lieu de décès				
Hébergement / Logement	802	11%	118	14%
Abri	753	11%	63	8%
Voie / Espace public	2212	31%	242	29%
Lieu de soins	2143	30%	242	29%
Détention	40	1%	4	0%
Manquant	1135	16%	157	19%

Des décès majoritairement jeunes et concernant des hommes

En 2024, la grande majorité des décès des personnes sans chez-soi concernent les hommes (plus de quatre décès sur cinq soit 82%), en baisse par rapport aux 88% observés sur la période 2012-2023. La part de femmes a légèrement augmenté pour représenter 13% du total des décès. Cela suit une tendance similaire à l'année précédente, qui montrait déjà une hausse (12 % du total). On constate également une personne transgenre recensée en 2024, même si pour d'autres décès cette information n'a pas forcément pu être précisée²⁸.

L'âge moyen des personnes décédées en 2024 est de 47,7 ans. Il a chuté d'une année entre 2023 et 2024. L'écart type²⁹ s'élève à 17,3 ans, contre 15 ans pour la période 2012-2023, traduisant une dispersion plus importante des âges au sein des décès observés. La répartition par classes d'âge confirme cela en montrant une augmentation de la proportion des décès dans la tranche des « moins de 15 ans » (5% en 2024 contre 2% avant). Cette tranche reste néanmoins marginale. La tranche 46-65 ans représente toujours la majorité des décès (41% des décès contre 47% auparavant). Cela suggère que le rajeunissement de l'âge au décès, qui est le calcul d'une moyenne, tient à la fois à l'augmentation du nombre des décès précoce et au recul relatif de ceux du groupe des 46-65 ans. Malheureusement, l'année de naissance est manquante pour un nombre significatif de décès, ces évolutions sont donc à prendre comme des indications.

Concernant les pays de naissance, les données de 2024 montrent une diminution significative de la proportion des décès de personnes nées en France (40 % en 2024 contre 48 % pendant la période précédente) et dans l'Union Européenne (12% contre 16%). La tendance, déjà en cours l'année précédente, se poursuit. On passe donc à 52 % de personnes nées en Europe pour 2024, contre 64 % lors de la période précédente. La proportion de décès de personnes SCS nées hors UE augmente (39 % contre 32%), reflétant pour 2024 une diversification accrue des origines de la population SCS. Il est à noter que le lieu de naissance ne peut nous donner d'informations concernant la nationalité, qui est souvent inconnue. Des personnes nées hors de France peuvent tout à fait avoir la nationalité française.

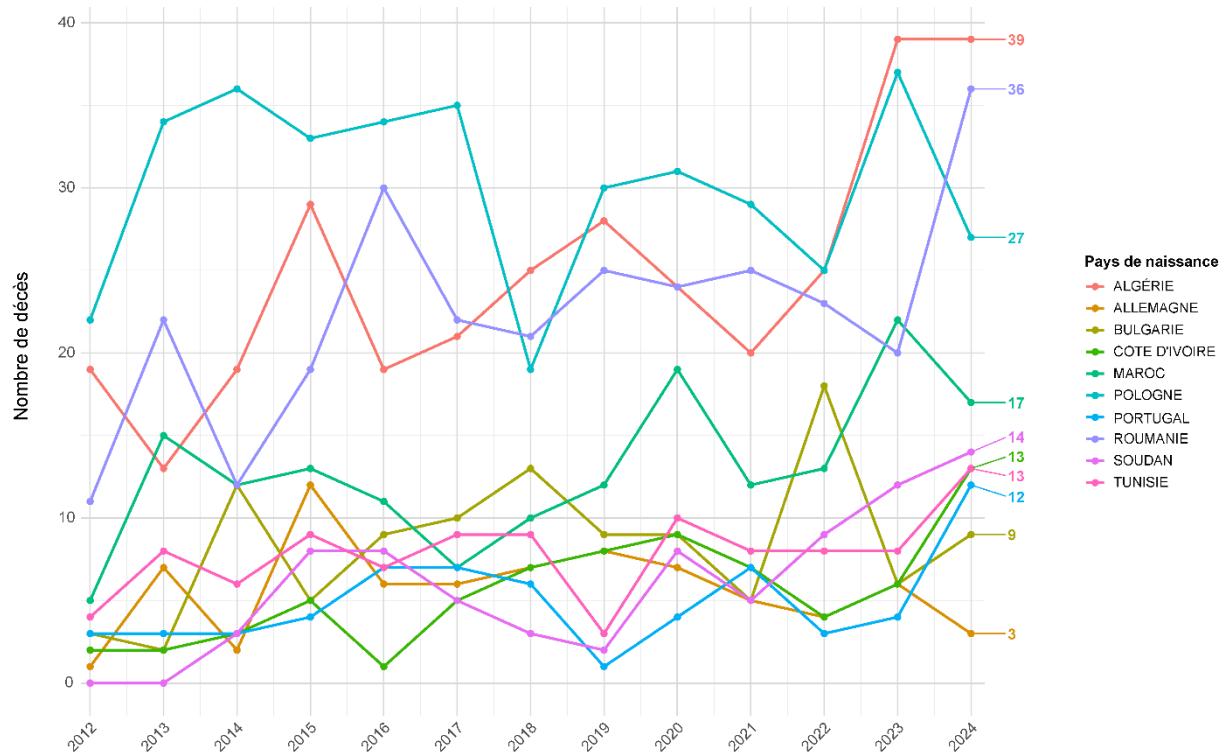
En étudiant le détail des 10 pays de naissance les plus fréquents (hors France), on constate une majorité de personnes nées en Algérie et en Roumanie : elles occupent les deux premières positions avec 39 et 36 décès recensés. Ces deux nationalités, déjà régulièrement parmi les plus touchées les années précédentes, voient leurs effectifs progresser ces dernières années. Les personnes nées en Pologne et au Maroc restent également fortement représentées (27 et 17 décès en 2024). Les autres pays affichent des effectifs moindres mais non négligeables, avec une progression importante pour la Tunisie (14 décès) et la Bulgarie (13 décès).

Bien que l'Algérie et le Maroc figurent également parmi les pays de naissance les plus fréquents parmi les décès (respectivement 2^e et 3^e pays de naissance hors France pour la période 2012-2023), la surmortalité observée chez les personnes nées en Roumanie ou en Pologne contraste fortement avec leur poids plus modeste dans la population hexagonale. À l'inverse, certains pays de naissance très présents en France comme le Portugal, l'Italie ou l'Espagne apparaissent moins représentés parmi les décès recensés. Ce contraste indique une vulnérabilité propre à certaines nationalités ayant migré et vivant des conditions particulièrement précaires, dont le parcours de vie et le statut de résidence peuvent rendre l'accès aux soins et à l'hébergement particulièrement difficile.

²⁸ Il est possible que certaines personnes présentes dans les catégories « hommes » ou « femmes » de notre enquête soient des personnes transgenres mais que nous n'ayons pas recueilli cette information. Il est communément admis que le genre d'une personne peut être féminin, masculin ou non-binaire. Le fait d'être cis-genre ou transgenre ne s'oppose pas au fait d'avoir un genre féminin et masculin. C'est pourquoi, lors de notre prochaine enquête, cette variable est changée, de « homme / femme / personne trans / inconnu » à « homme / femme / inconnu / non-binaire ». La question de la transition sera abordée dans une autre variable, sur le parcours de vie.

²⁹ L'écart type mesure la dispersion des âges autour de la moyenne. Plus il est grand, plus les âges sont étaisés.

Figure 5 - Évolution des décès des personnes sans chez-soi selon leur pays de naissance, hors France, depuis 2012

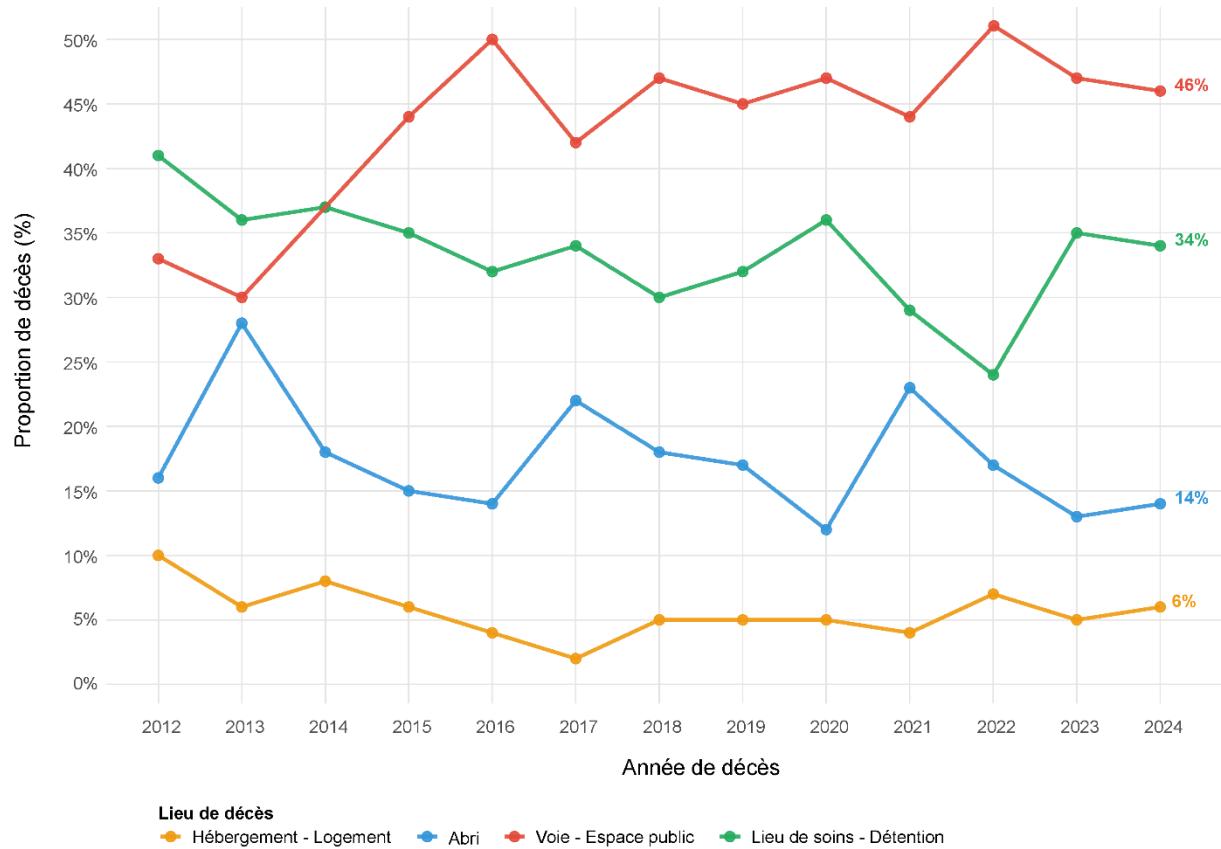


Des personnes seules décédées dans la rue et dans la région la plus peuplée de France

Les deux principaux lieux de décès en 2024 sont la voie publique et les lieux de soins (respectivement 46 % et 34 % des décès). Ces proportions, relativement stables depuis 2012, illustrent la persistance d'une forte exposition à la mortalité directement liée à la rue, malgré un léger recul des décès survenus en espace public par rapport au pic observé en 2018. Les décès dans les lieux de soins (hôpitaux, urgences, LAM, LHSS, etc.) traduisent quant à eux un recours accru, mais encore partiel, aux structures sanitaires, souvent dans des contextes de prise en charge tardive.

Les décès survenus en abri (cabane, voiture, squat, cave, etc.) représentent 14 % des cas en 2024, une proportion globalement stable depuis plusieurs années après des variations plus marquées au début de la période. Les décès en hébergement ou logement demeurent minoritaires (6 %), sans évolution notable. Globalement, l'évolution des lieux de décès montre une constance depuis 2012 : la majorité des personnes sans chez-soi continu de mourir dans des conditions de grande précarité, le plus souvent à la rue ou en marge des dispositifs d'hébergement et de soins.

Figure 6 - Évolution des lieux de décès des personnes sans chez-soi depuis 2012



Les décès sont répartis de manière assez homogène tout au long de l'année, avec une légère prédominance en hiver (31 %) et un léger recul en automne et en été (23 % chacun). Cependant, la différence saisonale n'est globalement pas significative pour 2024.

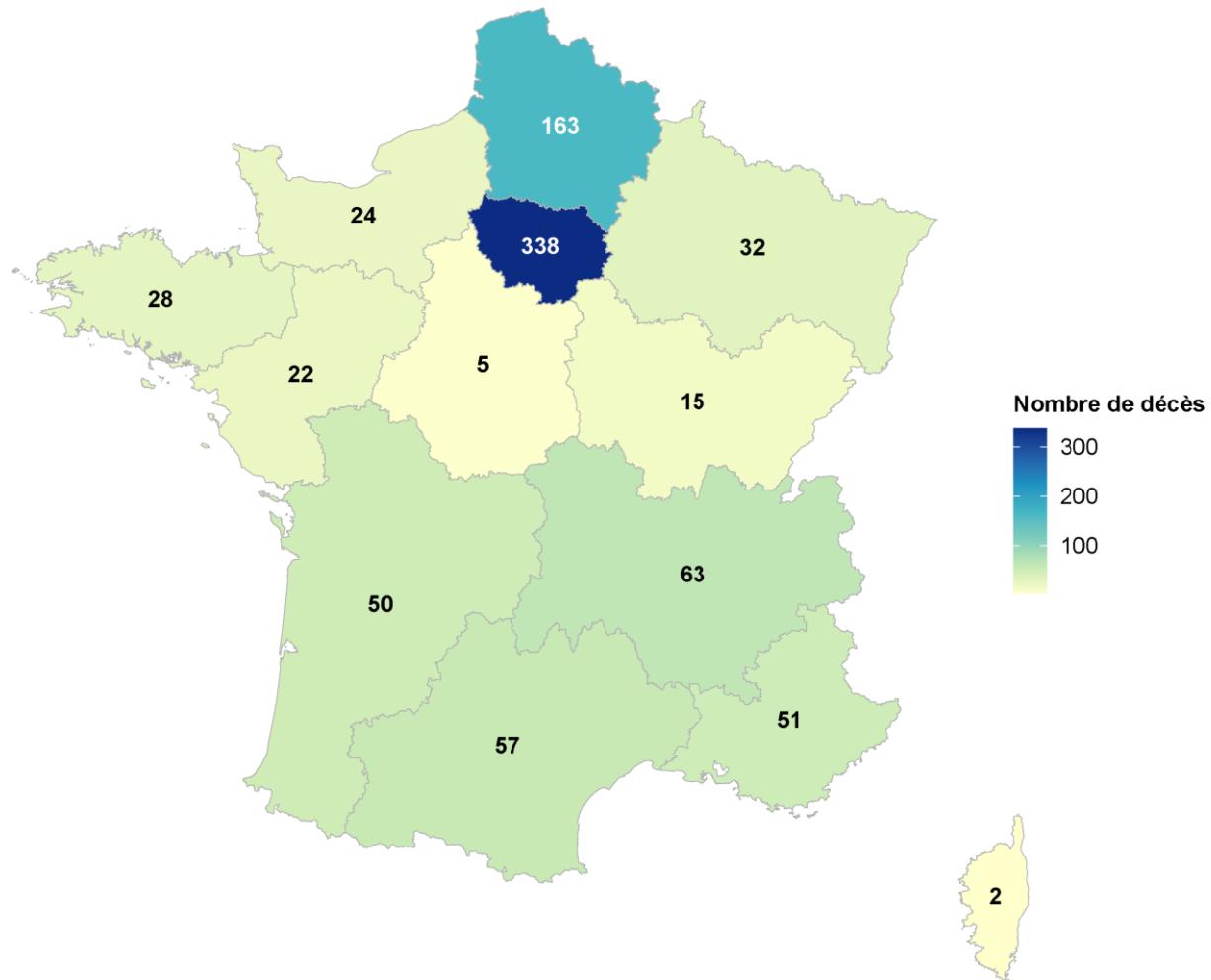
Si l'on s'intéresse à la France hexagonale, on constate que comme les années précédentes, l'Île-de-France reste de loin la région où le nombre de décès signalés est le plus élevé, avec 338 décès (contre 313 l'année précédente). Cette région concentre historiquement une proportion importante des décès de SCS, en raison de sa forte population. C'est également la région où vivent de très nombreux sans abris³⁰.

Les Hauts-de-France (163 décès), l'Auvergne-Rhône-Alpes (63 décès) et l'Occitanie (57 décès) sont les autres régions où un nombre important de décès a été recensé. Le nombre de décès recensé a doublé en un an pour les Hauts-de-France. Cette évolution pourrait s'expliquer, au moins en partie, par le nombre important de décès de personnes exilées comptabilisés en 2024, année particulièrement meurtrière lors des tentatives de traversées. Il s'agit toutefois d'une hypothèse, les données disponibles ne permettant pas d'en confirmer la portée exacte.

On dénombre également 38 décès en Outre-Mer. Ces régions, tout comme l'Île-de-France, sont des zones où l'exclusion sociale et les difficultés de logement sont particulièrement présentes. Il convient cependant de souligner que cette distribution des décès ne reflète pas forcément une réalité complète, mais plutôt des biais liés à la couverture inégale du système de surveillance, certaines régions étant moins bien représentées dans les données. Cela pourrait expliquer les disparités observées entre régions.

³⁰ En 2024, 4292 personnes sans-abris ont été comptabilisées pendant la nuit de la Solidarité, qui donne une photo à un instant T d'une des dimensions du fait d'être sans chez-soi.

Figure 7 - Nombre de décès des personnes sans chez-soi selon la région de décès en France hexagonale en 2024



Impact du cyclone Chido sur les populations précaires à Mayotte

Mayotte est devenu le 101^{ème} département français en 2011, et le 5^{ème} territoire d'Outre-Mer avec le statut de département. Depuis début 2025, Mayotte a le statut de Département-Région. C'est la région qui concentre le plus de pauvreté en France, avec un taux de pauvreté situé à près de 77% en 2018 d'après l'INSEE contre environ 39% à La Réunion (le territoire français le plus proche de Mayotte)³¹.

Mayotte est marqué par nombre de particularités, tant du point de vue social que politique, avec notamment une importante immigration venue des Comores voisines, des exceptions législatives exerçant une influence directe sur la vie des mahorais et mahoraises, et des offres et services insuffisants. L'accès à l'eau et à l'assainissement restent ainsi inégal, les infrastructures sanitaires et le personnel médical manquent aussi avec seulement 260 médecins pour 321 000 habitants officiellement déclarés (soit 81 médecins pour 100 000 personnes, contre 353 pour 100 000 personnes dans l'hexagone)³².

³¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371235?sommaire=5371304#tableau-figure2>

³² *Mayotte : manque de soignants, soins insuffisants, épidémie... Avant le cyclone Chido, un système de santé déjà en crise*

D'après les chiffres de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2024, la population mahoraise était estimée à 321 000 personnes. Or, il existe une part importante de personnes sans existence officielle à Mayotte. Le dénombrement est donc un enjeu clef à Mayotte, tant au global que sur des secteurs plus spécifiques tels que le nombre d'habitations précaires.

Concernant le mal-logement à Mayotte, la Fondation pour le Logement des Défavorisés estimait que « près d'un tiers des habitants vivait dans un bidonville »³³ avant le cyclone sur le Département-Région. De plus, nombre de personnes sont en situation de rue, hébergées par des proches ou en squat. Cette problématique est donc prégnante dans le département. Or, les habitations précaires (dites « banga ») sont particulièrement vulnérables aux aléas naturels, comme a pu le montrer le cyclone.

Le 14 décembre 2024, Mayotte a été touché par le cyclone Chido, ce qui a occasionné nombre de destructions, tant humaines que matérielles. L'œil du cyclone a particulièrement touché le Nord-Est de l'île, là où vivent une majorité des habitants de Mayotte. Nombre de bangas ont été rasées par le cyclone, les infrastructures routières, électriques, d'assainissement ou sanitaires ont également été très impactées. Immédiatement après le cyclone, la Préfecture évoquait potentiellement des milliers de personnes mortes. Les derniers chiffres communiqués parlaient de 40 personnes mortes et 40 personnes disparues. Il y a donc un écart certain entre l'estimation « à chaud » et les constations finales, qui n'incluent que les décès enregistrés par le Centre Hospitalier de Mamoudzou³⁴. Nous pouvons donc supposer que le nombre de décès communiqué n'est pas exhaustif, ce qu'admet le préfet François-Xavier Bieville pour qui différents obstacles expliquent ce difficile dénombrement :

- le fait que certaines personnes n'ont pas « d'existence légale » sur le territoire mahorais et que leur disparition au niveau administratif a pu passer inaperçu,

Pour qu'une personne soit considérée comme décédée, il faut un corps ou qu'elle soit au moins répertoriée comme disparue.

- le fait que certaines familles n'ont pas forcément les ressources financières pour enterrer leurs proches et qu'elles ont pu alors prendre l'initiative d'enterrer hors du cadre légal,
- l'importance de la religion musulmane avec une volonté d'enterrer rapidement les défunt·e·s.

Tout cela reste des hypothèses, mais ce qui est sûr c'est qu'il paraît étrange que tous les décès aient eu lieu uniquement à Mamoudzou. Pour en savoir davantage sur les décès occasionnés par le cyclone, enquêter auprès des proches, des cadis - et tout cela en dépassant la défiance vis-à-vis des autorités – semble nécessaire.

Au-delà des décès dits directs (produits directement par le cyclone et dans une temporalité resserrée), les décès indirects seraient à inclure dans le bilan. Il s'agirait ainsi de décès dus à un manque d'accès aux soins ou aux équipements médicaux à cause des destructions causées par Chido, ou dus à l'impossibilité de se rendre dans les centres de soins à cause de l'endommagement des infrastructures routières par exemple. Cela peut aussi être dû à la détérioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement à Mayotte.

Après le passage du cyclone, 2/3 du bâti résidentiel a été endommagé ou détruit, le Centre Hospitalier de Mamoudzou (le seul de l'île) a été fortement endommagé. La pharmacie de l'hôpital a été dévastée. 3 semaines après Chido, près de 30% des foyers n'avaient toujours pas accès à l'électricité³⁵. 6 mois après le 14 décembre, Solidarité internationale alertait sur le fait que l'accès des ménages à l'eau potable et à l'assainissement n'était toujours pas revenu au niveau pré cyclonique, alors même qu'il était déjà inférieur au reste du territoire national. A Mayotte, près d'un tiers des ménages n'a pas accès l'eau, contre 0.01% sur le reste du territoire national³⁶. Enfin, Santé Publique France alertait le 6 mars 2025 sur le fait que plus de

³³<https://www.fondationpourlelogement.fr/cyclone-chido-au-delà-des-reponses-d'urgence-a-apporter-la-fondation-demande-un-plan-pour-reconstruire-des-logements-durables-a-mayotte/>

³⁴https://www.franceinfo.fr/environnement/événements-météorologiques-extrêmes/cyclones-etouragans/cyclone-chido-a-mayotte/personne-n'est-capable-de-donner-un-chiffre-a-mayotte-le-bilan-humain-du-cyclone-chido-fait-toujours-debat_7028003.html

³⁵[https://www.enedis.fr/magazine/cyclone-chido-la-force-d'intervention-rapide-electricité-denidis-ausecours-du-reseau](https://www.enedis.fr/magazine/cyclone-chido-la-force-d'intervention-rapide-electricité-denedis-ausecours-du-reseau)

³⁶<https://www.solidarites.org/fr/presse/mayotte-6-mois-après-chido-l'urgence-de-l'accès-a-l'eau-ignorée-par-le-projet-de-loi/#:~:text=projet%20de%20loi>

75% des foyers enquêtés exprimaient « plus de difficultés à se procurer de la nourriture qu'avant le passage du cyclone Chido »³⁷ d'après une enquête réalisée entre le 24 février et le 2 mars.

Le cyclone est donc venu ébranler un peu plus fortement encore une population déjà très vulnérable. Il a eu un effet particulièrement important sur celles et ceux vivant en situation de précarité, qui ont payé le plus lourd tribut.

Le Collectif Les Morts de La Rue avait déjà soulevé en 2024 la difficulté de décrire la mortalité des personnes sans chez-soi dans les territoires d'Outre-Mer, du fait de notre méconnaissance des acteurs de terrain, et du peu de relais locaux que nous avons sur place. Mayotte illustre cette difficulté de dénombrement de la mortalité des personnes sans chez-soi dans les Outre-Mer, avec uniquement 10 décès recensés entre 2012-2023 sur le territoire. Aucun décès n'y a été recensé en 2024. Or, compte tenu du fait que nombre d'habitant·e·s vivent dans des habitations précaires (les « bangas »), ce chiffre paraît aberrant. Le CMDR inclut en effet les personnes vivant en cabane/en bidonville comme personnes sans chez-soi.

Les personnes décédées le 14 décembre vivaient pour un grand nombre d'entre elles dans les quartiers constitués de bangas, et seraient donc potentiellement à inclure dans notre décompte des mort·e·s de la rue. Cependant, en l'absence d'informations complémentaires concernant l'identité des défunt·e·s, leur situation de logement n'a pu être confirmée ou infirmée, et nous avons donc fait le choix d'exclure les personnes mortes de la rue en lien avec le phénomène cyclonique de notre recensement sur la mortalité des personnes sans chez-soi en France.

Nous pouvons simplement relayer les décès mis en lumière par différents médias : il y aurait 1 personne décédée à Touloulouni, 2 décès à Bandrajou, 3 à Kirrisoni (bidonville de Koungou), 1 mort·e dans les Hauts de Cavani et 4 décès à Acoua.

4 personnes sont nommément évoquées dans certains articles :

- 1 homme de 27 ans, décédé à Mamoudzou et qui vivait dans une maison en tôle dans le quartier de Kawéni,
- 1 femme décédée à 28 ans à Mamoudzou et qui vivait dans une maison en dur,
- 1 homme décédé à 35 ans à Mamoudzou dans les Hauts de Doujani, il vivait dans une maison de tôle,
- 1 fille de 10 ans décédée à Mamoudzou qui vivait en famille dans une case en tôle.

Afin de pouvoir confronter les informations relayées par les médias et la réalité, certains actes de décès ont pu être demandés.

Le cyclone est donc venu mettre en lumière les inégalités présentes à Mayotte et pose la question de l'après et de la reconstruction. Avoir un bilan exhaustif des décès directs dus à Chido permettrait non seulement de rendre hommage et d'expliciter que toutes les personnes décédées comptent et sont prises en compte au niveau mémoriel. Dans un second temps, pouvoir étudier les répercussions à moyen et long terme du cyclone sur la mortalité (et en particulier des personnes sans chez-soi du fait d'une précarité plus forte dans l'accès aux droits et aux services) serait intéressant et permettrait d'en tirer des enseignements, notamment dans la réponse à l'urgence climatique. Une étude similaire sur les effets du cyclone Maria sur la mortalité à Porto Rico (sans que cela porte spécifiquement sur les personnes sans chez-soi) avait été réalisée en mai 2018³⁸. Réfléchir à une transposition possible de cette étude au contexte mahorais serait une piste à étudier.

[Mayotte%20%206%20mois%20apr%C3%A8s%20Chido%20%3A%20l'urgence%20de%20l,par%20le%20projet%20de%20loi&text=%5BParis%2C%20le%2013%20juin%202025,eau%20potable%20et%20l'assainissement.](https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2025/chido-a-mayotte.-bulletin-du-6-mars-2025)

³⁷<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2025/chido-a-mayotte.-bulletin-du-6-mars-2025>

³⁸<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1803972>

Tableau 4 - Nombre décès recensés dans les DROM par le CMDR

	2012-2023	2024
Guadeloupe	17	0
Guyane	15	5
La Réunion	67	17
Martinique	18	1
Mayotte	10	0
Nouvelle-Calédonie	7	7
Polynésie française	25	8
Saint-Martin	1	0
Total	160	38

Marceline, 63 ans

Marceline avait 63 ans. Elle est née et est décédée sur l'île de La Réunion. Pendant 10 ans, un ami avait hébergé Marceline. Ayant rencontré quelqu'un, la cohabitation est devenue compliquée. Marceline a été hospitalisée sans solution d'hébergement pendant quelques mois, avant d'intégrer un LHSS un mois environ avant son décès. Marceline avait plusieurs pathologies chroniques, dont du diabète et de l'hypertension. Elle avait été amputée d'une jambe l'année précédant son décès. Elle souffrait de problèmes pulmonaires, problèmes ayant fortement précipités son décès. Marceline était en lien avec sa fille.

La Réunion

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Des causes de décès toujours mal identifiées

Les données de 2024 indiquent que pour près de 4 cas sur 10, la cause de décès est inconnue. Ce chiffre n'est pas significativement plus important cette année que depuis le début de l'enquête, mais reste élevé et montre la complexité du travail d'enquête du Collectif Les Morts de la Rue.

Les décès liés à des causes externes (agressions, suicides, noyades, accidents de transports...) demeurent nombreux en 2024, avec près de 25 % des causes de décès, une part stable si on la compare à la période précédente. Néanmoins, certaines sous catégories connaissent des évolutions. C'est notamment le cas des noyades. Sa part est passée de 3 à 7 % : c'est la hausse la plus importante parmi les causes externes. Cela est notamment lié à l'amélioration du recensement des décès survenus dans la Manche, mais également à leur augmentation.

Les expositions aux risques environnementaux restent présentes : les décès pour hypothermie comptent pour 2 % des cas, soit 17 cas en 2024. L'exposition au feu est proche, avec 15 cas cette année. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, par exemple pour les décès liés à la chaleur ou à la déshydratation dans les régions d'Outre-Mer. Certaines situations, comme celles décrites par le SIAO de La Réunion où des personnes sans abri restent exposées au soleil toute la journée, peuvent conduire à des décès dont la cause n'est pas toujours identifiée ou enregistrée comme telle dans les certificats de décès.

Les violences reculent légèrement en proportion : les homicides ou agressions restent autour de 5 %, soit 42 cas. Elles restent un contributeur majeur de la mortalité des personnes sans chez-soi. Le nombre de suicides demeure stable par rapport à la période précédente. Enfin, les intoxications diminuent très légèrement. Ces évolutions, lorsqu'elles ne concernent que quelques points d'évolution, doivent être interprétées avec prudence car un taux important de causes reste inconnu.

Parmi les maladies chroniques, les maladies de l'appareil circulatoire occupent la première place, représentant 8 % des décès en 2024 comme sur la période précédente. Les "autres formes de cardiopathies" dominent très largement ce groupe avec 61 cas cette année. Cela confirme le poids de ces pathologies, qui touchent des personnes sans chez-soi souvent plus jeunes que la population générale. Les tumeurs reculent en proportion, de 6 % à 4 %, mais les cancers des poumons, de la trachée et des bronches progressent pour atteindre 3 % en 2024. Ce profil illustre à la fois la fragilité cardiovasculaire et l'impact des consommations tabac/alcool sur la santé des personnes concernées.

Les troubles mentaux et du comportement comptent pour environ 1 % des décès. Cette catégorie inclut notamment les décès liés à la consommation d'alcool ou de stupéfiants. Même si leur nombre absolu reste limité (12 décès en 2024), ces troubles sont très probablement sous-représentés dans les données. Dans la réalité, ils jouent un rôle majeur comme facteur aggravant d'autres causes de décès (accidents, maladies digestives ou cardiovasculaires), mais apparaissent peu dans les certificats ou enquêtes disponibles. Ainsi, la cause identifiée n'est pas toujours la problématique de santé mentale, mais elle peut souvent être la cause de la perte de logement, d'un manque de soins, de problèmes relationnels... qui mènent à une issue funeste à la fin d'un parcours sans chez-soi.

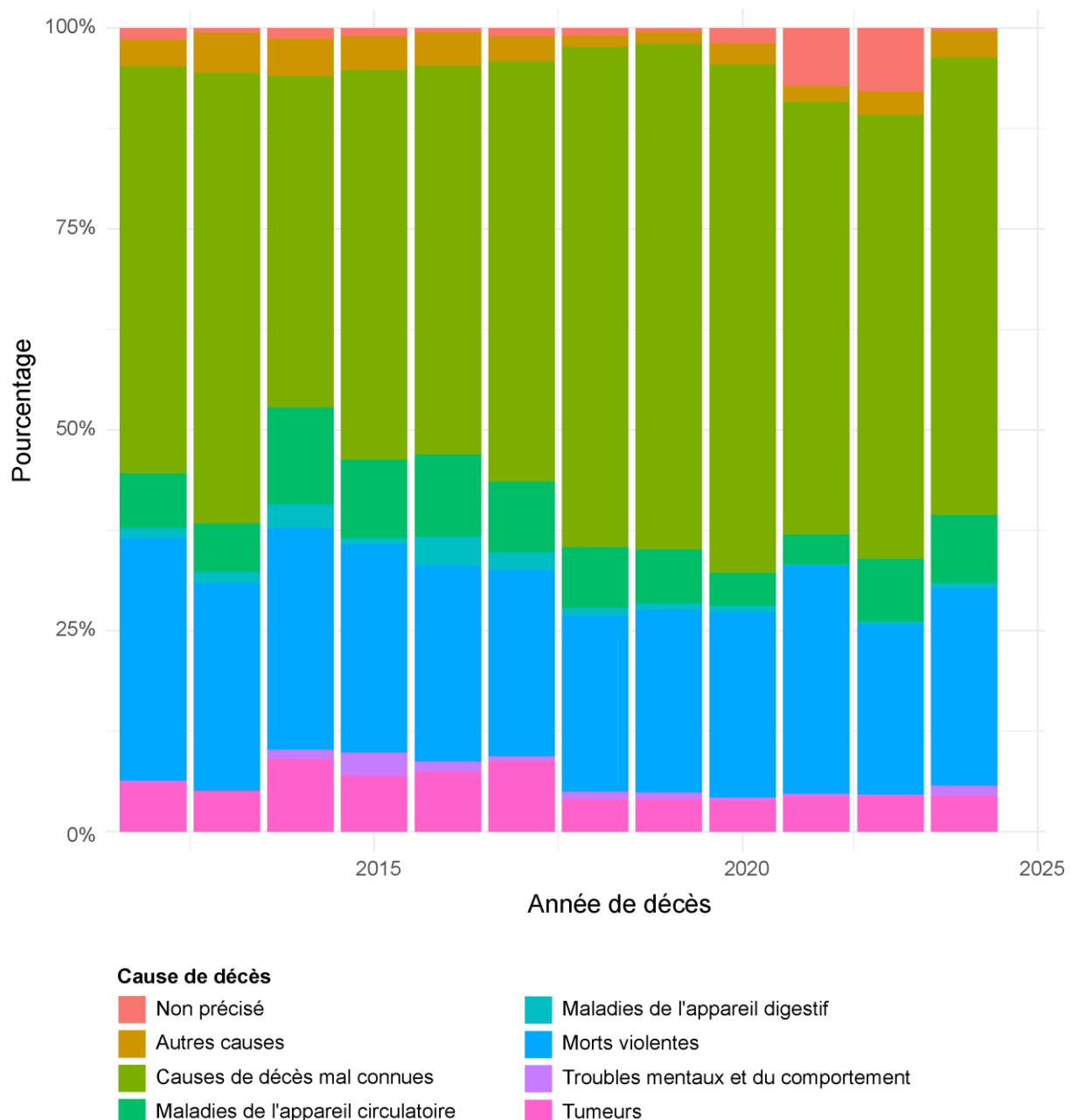
Les maladies de l'appareil digestif, respiratoire, nerveux ou infectieuses sont minoritaires, chacune représentant autour de 1 % des décès. Parmi elles, les maladies chroniques du foie et cirrhoses concernent 3 décès en 2024, un chiffre faible au regard des problématiques de consommation d'alcool chez les personnes sans chez-soi. Les maladies infectieuses et parasitaires comptent pour 11 décès, soit 1 %, ce qui témoigne d'une mortalité présente mais contenue, probablement en raison de difficultés de dépistage ou d'accès aux diagnostics.

Enfin, les catégories regroupées sous « autres causes » ont légèrement baissées, et comptent 1 % des décès. Ces regroupements traduisent la difficulté à attribuer une cause médicale précise lorsque l'information est partielle. Dans l'ensemble, si les maladies chroniques restent minoritaires en comparaison des causes externes, leur poids n'est pas négligeable et témoigne de la vulnérabilité sanitaire d'une population exposée à de multiples facteurs de risque.

Tableau 5 - Distribution des causes de décès des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR

Cause de décès	N décès 2012-2023	N décès 2024	% des décès 2012-2023	% des décès 2024
Tumeurs	364	40	6%	4%
Autres tumeurs	231	5	4%	1%
Organes digestifs	42	1	1%	<1%
Trachée, bronches, poumons	52	29	1%	3%
Voies aéro-digestives supérieures	39	5	1%	1%
Causes externes / morts violentes	1580	224	25%	25%
Accidents de transport	202	23	3%	3%
Homicides, agressions	345	42	5%	5%
Lésions traumatiques	19	1	<1%	<1%
Noyades	221	66	3%	7%
Chutes	91	14	1%	2%
Intoxications	175	18	3%	2%
Autres accidents affectant la respiration	36	0	1%	<1%
Suicides	189	20	3%	2%
Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	100	15	2%	2%
Exposition à un froid excessif	80	17	1%	2%
Exposition à une chaleur excessive	6	0	<1%	<1%
Événements d'intention indéterminée	75	1	1%	<1%
Autres causes externes	41	7	1%	1%
Maladies de l'appareil circulatoire	480	77	8%	8%
Cardiopathies ischémiques	10	5	<1%	1%
Autres formes de cardiopathies	394	61	6%	7%
Maladies cérébrovasculaires	46	6	1%	1%
Autres maladies de l'appareil circulatoire	30	5	0%	1%
Troubles mentaux et du comportement	49	12	1%	1%
Liés à la consommation d'alcool	32	5	1%	1%
Autres troubles mentaux et du comportement	3	1	<1%	<1%
Liés à la consommation de stupéfiants	14	6	<1%	1%
Maladies de l'appareil digestif	84	6	1%	1%
Maladie chronique du foie et cirrhose	30	3	<1%	<1%
Autres maladies de l'appareil digestif	54	3	1%	<1%
Autres causes	162	25	3%	3%
Maladies de l'appareil respiratoire	84	8	1%	1%
Maladies du système nerveux	22	6	<1%	1%
Maladies infectieuses et parasitaires	56	11	1%	1%
Autres	162	9	3%	1%
Causes inconnues	3487	519	55%	57%

Figure 8 - Évolution des causes principales de décès des personnes sans chez-soi depuis 2012³⁹



Si l'on s'intéresse aux classes d'âge, on constate que chez les moins de 15 ans, près de la moitié des décès surviennent en sortie d'institutions (notamment les décès hospitaliers). Viennent ensuite les décès dans la rue (13,2 %), en habitat précaire et dans des structures provisoires. Malheureusement, il manque de nombreuses informations sur le dernier lieu de vie (plus de 30 %).

Pour les 15-25 ans, le profil est assez différent. Près des deux tiers des décès surviennent directement dans la rue, ce qui est de loin la proportion la plus élevée parmi toutes les tranches d'âge. Les institutions (un cas sur cinq) et l'habitat précaire (un sur dix) restent minoritaires. Cette surmortalité en rue illustre une vulnérabilité spécifique et inquiétante pour les jeunes adultes, qui peuvent être en rupture familiale et institutionnelle. C'est aussi une tranche d'âge qui ne permet pas d'accéder à certains droits comme le RSA.

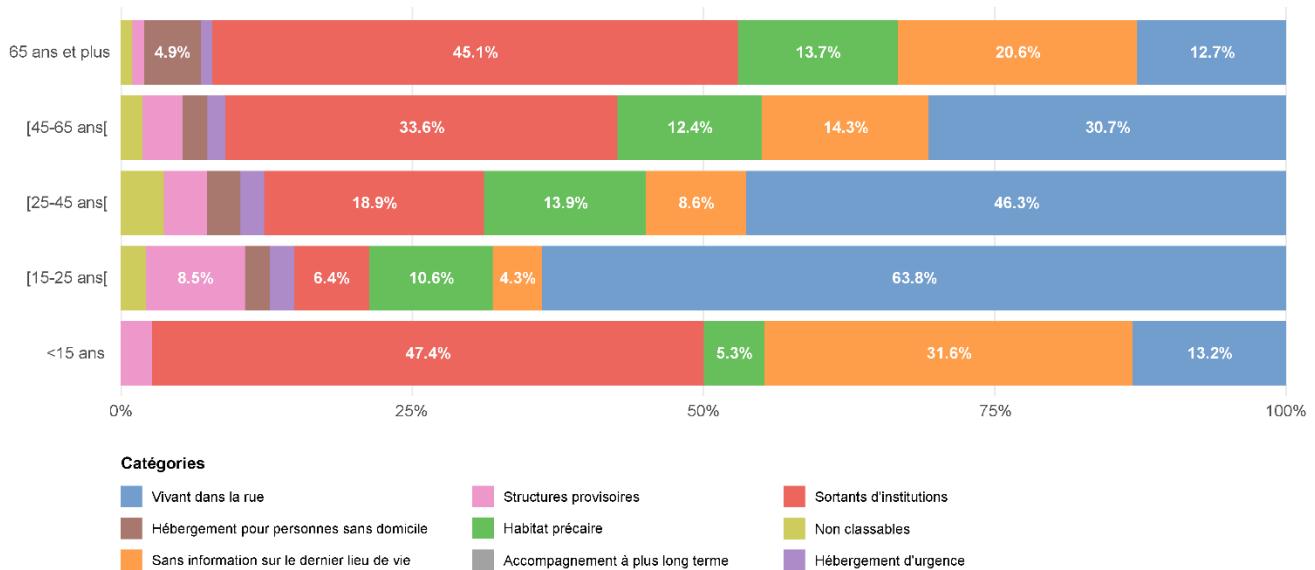
³⁹ L'année 2022 n'apparaît pas sur le graphique car la modalité de recodage de la variable était différente.

Chez les 25-45 ans, les décès en situation de rue restent majoritaires (46,3 %) mais les catégories « habitat précaire » et « institutions » s'en rapprochent. La part de « sans information » baisse aussi. Cela traduit une plus grande diversité de parcours résidentiels, mêlant rue, hébergement, hospitalisations etc.

Pour les 45-65 ans, le poids des institutions augmente (33,6 %) alors que la rue recule (30,7 %). Les 65 ans et plus confirment cette évolution avec l'âge : près de la moitié des décès surviennent en sortie d'institution, contre seulement 12,7 % dans la rue. L'habitat précaire (13,7 %) et les décès sans information (20,6 %) complètent ce tableau.

On constate donc une forte polarisation par âge, comme pour les années précédentes⁴⁰ : les plus jeunes meurent massivement en ayant vécu en rue. Les âges intermédiaires présentent des profils plus mixtes, mêlant rue, habitat précaire ou recours aux institutions. On assiste à des parcours différenciés selon l'étape de vie.

Figure 9 – Répartition des lieux de décès des personnes sans chez-soi selon l'âge en 2024

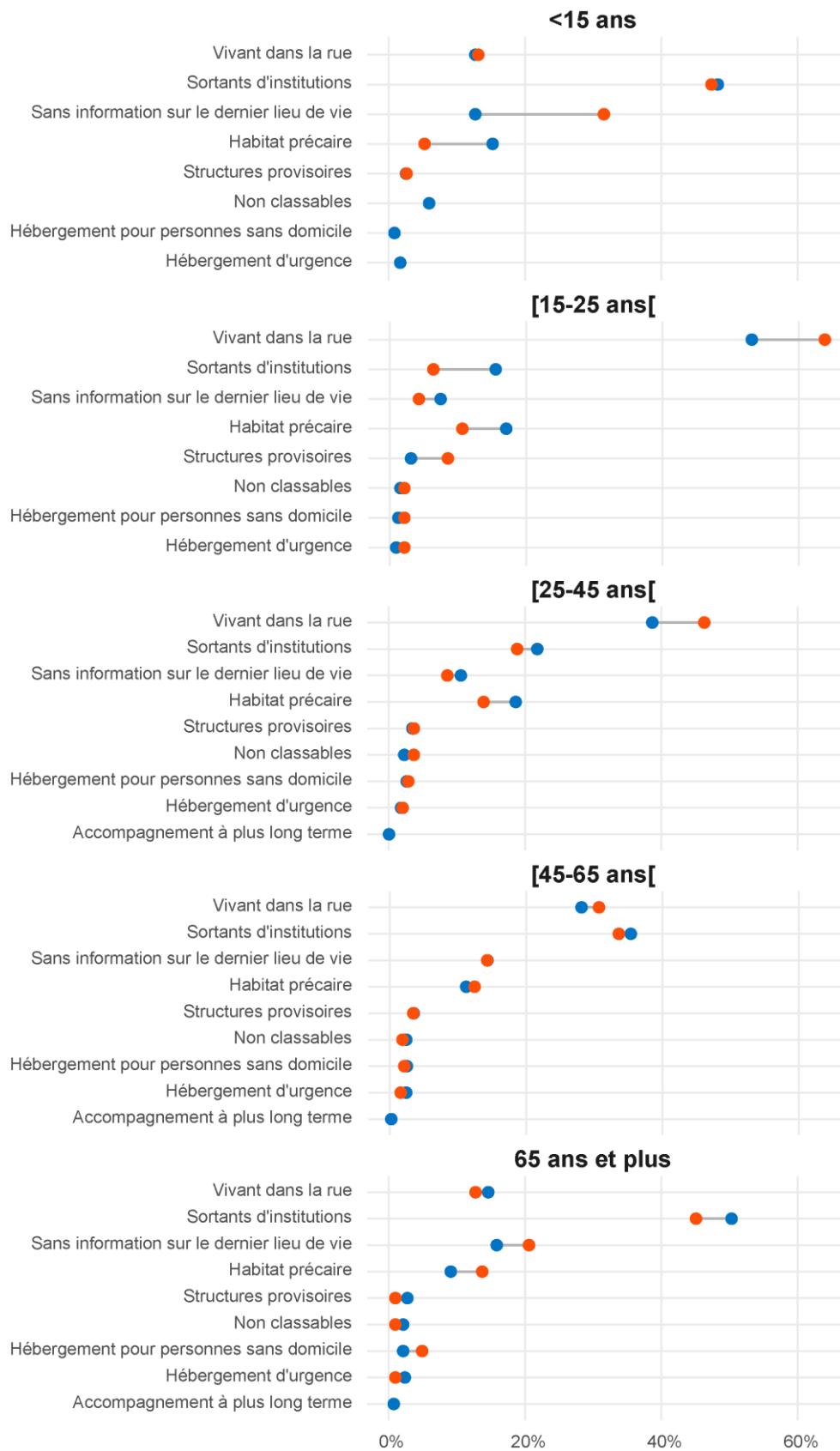


Si l'on regarde l'évolution, on constate que la tendance la plus importante est l'augmentation de la proportion de décès survenus dans la rue pour les moins de 25 ans. Chez les 15-25 ans, cette augmentation est particulièrement marquée, ce qui suggère une vulnérabilité accrue et potentiellement un échec des dispositifs de mise à l'abri pour cette classe d'âge. À l'inverse, on observe une légère baisse de cette même proportion pour les 45-65 ans, indiquant une possible modification des trajectoires de fin de vie pour ce groupe.

Pour les populations de plus de 45 ans, 2024 montre une hausse des décès parmi les « sortants d'institutions ». Cette évolution, particulièrement visible chez les 45-65 ans, interroge sur la continuité des soins et de l'accompagnement à la sortie des structures hospitalières, carcérales ou psychiatriques. Enfin, tendance transversale à presque toutes les classes d'âge est la baisse notable de la proportion de décès en « hébergement d'urgence » en 2024. Est-ce lié à une sous déclaration de ces établissements, à une stagnation des places en hébergement d'urgence malgré une augmentation de la population sans chez-soi, ou à un transfert vers les structures hospitalières ?

⁴⁰ A ce sujet, voir le 12^{ème} rapport Dénombrer et Décrire qui comporte un chapitre sur les décès des personnes selon leur âge, en se concentrant sur les personnes âgées.

Figure 10bis – Evolution des causes de décès des personnes sans chez-soi selon l'âge entre 2012-2023 et 2024



Périodes

● 2012-2023 ● 2024

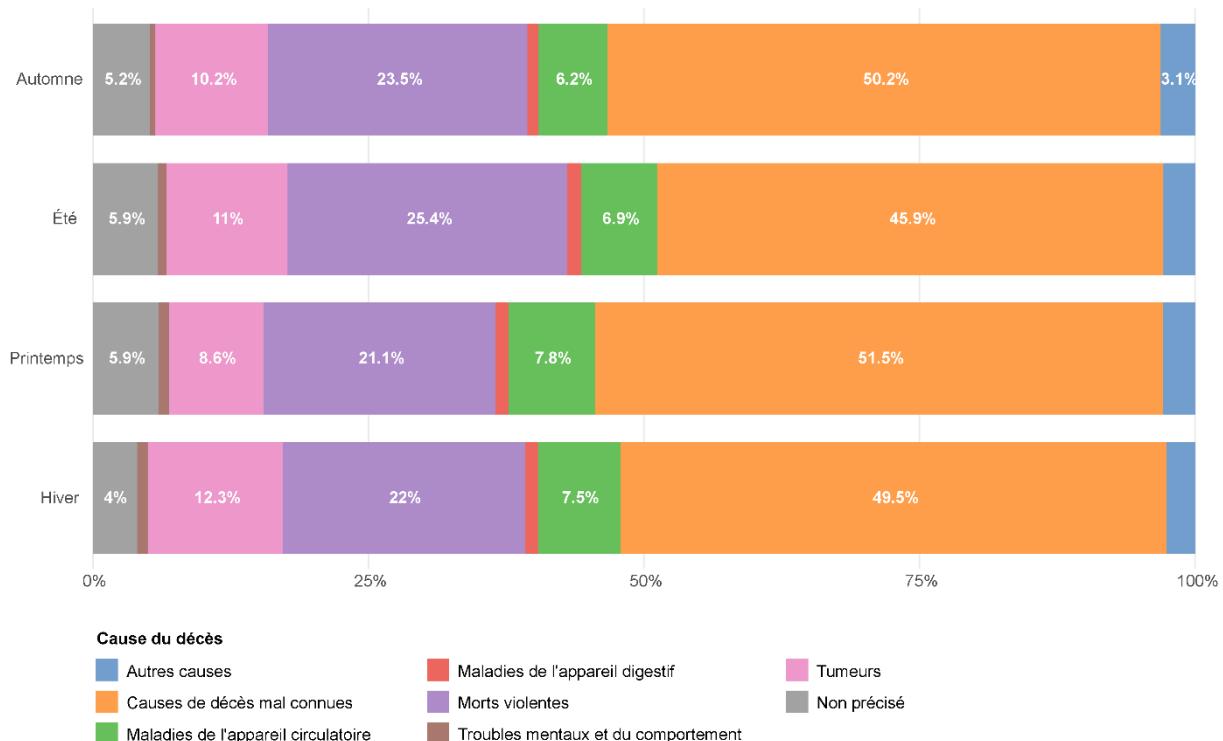
Si l'on croise la saisonnalité des décès et leurs causes pour l'année 2024, on constate que la répartition des causes de décès varie relativement peu d'une saison à l'autre, mais certaines tendances se distinguent. Les causes mal connues dominent tout au long de l'année, représentant entre 46 et 52 % des décès selon la saison.

Les morts violentes occupent la deuxième place en importance, oscillant entre 21 % au printemps et 25 % en été. Ce pic estival pourrait être lié à une plus grande exposition à l'extérieur, favorisant les accidents, les noyades ou encore les agressions. Une explication complémentaire tient au dénominateur : l'augmentation des décès liés à des pathologies ou aux conditions climatiques en hiver réduit mécaniquement la part relative des causes violentes sur cette saison. En hiver comme au printemps, la proportion reste également élevée, soulignant que les décès liés à des causes externes constituent une constante sur toute l'année.

Les maladies de l'appareil circulatoire se maintiennent entre 6 et 8 % des décès, sans variation saisonnière marquée. Les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif restent minoritaires, représentant chacune moins de 13 % et moins de 8 % des décès selon les saisons. L'hiver se distingue par une part légèrement plus élevée de tumeurs (12,3 % contre 8,6 % au printemps), sans pouvoir proposer d'interprétation. Enfin, les troubles mentaux et du comportement demeurent marginaux, toujours inférieurs à 1 %.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment la stabilité des grands profils de mortalité d'une saison à l'autre, avec deux catégories prédominantes : d'une part les causes mal connues, d'autre part les morts violentes. Cela reflète à la fois les difficultés de documentation des décès et la forte exposition des personnes sans chez-soi aux risques liés à la vie extérieure, indépendamment de la saison.

Figure 11 – Répartition des causes de décès des personnes sans chez-soi selon la saison en 2024



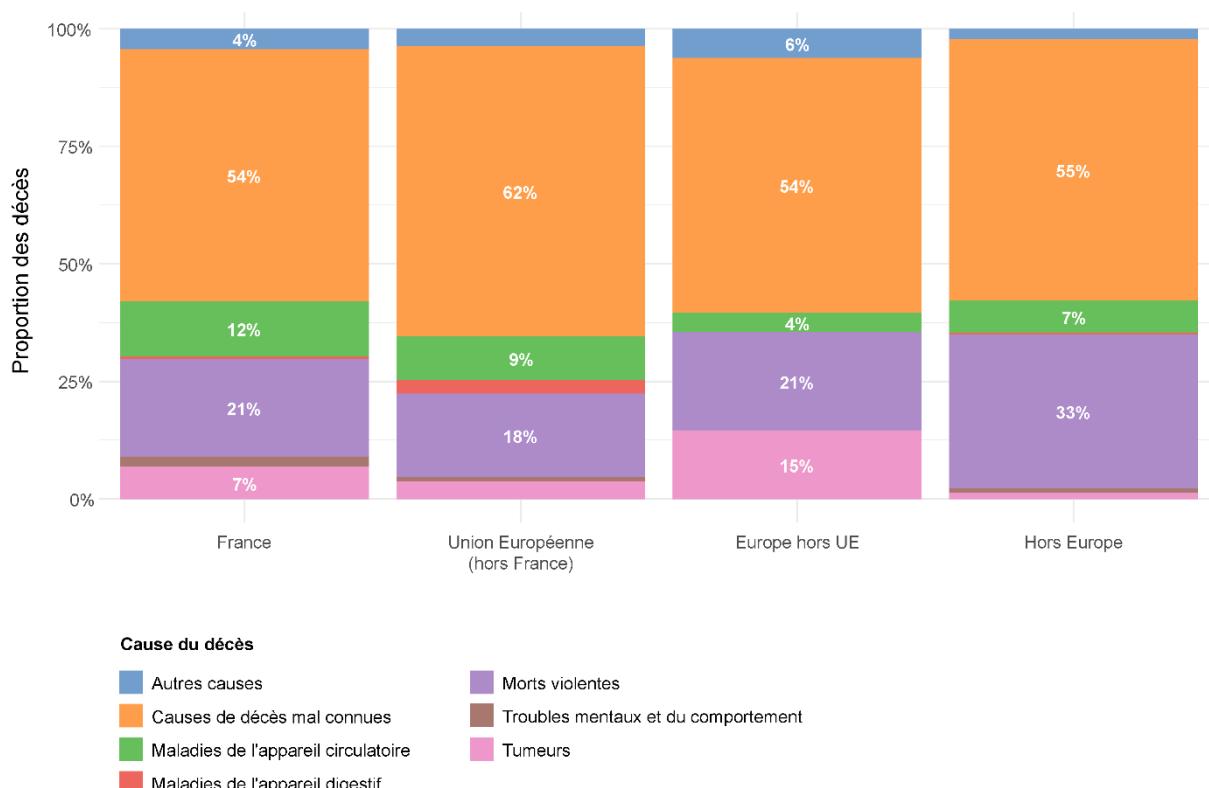
La répartition des causes de décès selon le pays de naissance en 2024 met en évidence plusieurs différences notables. Pour les personnes nées en France, la part des causes mal connues reste très élevée (54 %), mais la présence des maladies de l'appareil circulatoire est plus marquée (12 %), que pour les autres groupes. À l'inverse, les troubles mentaux et du comportement y apparaissent faiblement représentés (7 %).

Chez les personnes nées dans l'Union européenne (hors France), la part des causes mal connues est encore plus élevée (62 %), et les maladies de l'appareil circulatoire sont moins fréquentes (9 %). Pour celles nées en Europe hors UE, la répartition est plus diversifiée : causes mal connues à 54 %, mais aussi une proportion relativement importante de troubles mentaux et du comportement (15 %), ce qui en fait le groupe le plus touché par cette catégorie.

Enfin, pour les personnes nées hors Europe, les causes mal connues représentent 55 % des décès, mais on observe une proportion particulièrement forte de morts violentes (33 %), soit près d'un décès sur trois. Ce profil contraste avec celui des personnes nées en France ou dans l'UE, et illustre une exposition accrue aux risques liés à la vie à la rue (agressions, accidents, noyades).

Dans l'ensemble, si la part des causes mal connues reste élevée et majoritaire dans tous les groupes, les profils diffèrent : maladies cardio-vasculaires plus présentes chez les personnes nées en France, troubles mentaux davantage documentés chez celles nées en Europe hors UE, et exposition plus marquée aux morts violentes pour les personnes nées hors Europe.

Figure 12 – Répartition des causes de décès des personnes sans chez-soi selon le pays de naissance en 2024



Dimitri, 49 ans

Dimitri, d'origine géorgienne, vivait en France depuis plusieurs années. Il était atteint du VIH, diagnostiqué en 2009 en Géorgie. À cela s'ajoutaient de nombreux problèmes de santé : troubles néphrologiques, troubles de la vue, pathologies dermatologiques, ainsi qu'un infarctus aigu du myocarde. Il était suivi par un psychiatre, et était marqué par un fort épuisement. Il bénéficiait également d'un suivi à l'hôpital.

Depuis août 2022, Dimitri vivait dans un campement à Strasbourg. Très isolé, il avait vu sa demande d'asile puis sa demande de titre de séjour étranger malade être refusées. Il refusait les hébergements d'urgence, ne souhaitant pas de solutions temporaires d'un ou deux jours, sans perspective de mise à l'abri durable. Récemment, un lien avait été fait avec le 115 par une maraude médico-sociale. Il est décédé dans un hôtel 115 d'une overdose.

Dimitri avait 49 ans.

Grand-Est

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Des états de santé encore méconnus

Les données relatives à l'état de santé avant décès des personnes sans chez-soi sont fragmentaires. Le questionnaire distingue les pathologies au moment du décès, et les antécédents médicaux connus. Les informations sur les pathologies identifiées au moment du décès n'ont pu être recueillies que pour 536 personnes (58 %) en 2024 et les données relatives aux antécédents pour seulement 167 personnes (18 % des cas).

Tableau 6 – Antécédents médicaux identifiés des personnes sans chez-soi décédées en 2024

Antécédents identifiés et leur code CIM-10	2012-2023 N (7085)	2012-2023 %	2024 N (912)	2024 %
Cancer (tous types)	96	1%	10	1%
Consommation d'alcool (F10)	624	9%	51	6%
Consommation d'opioïdes (F11)	71	1%	3	<1%
Consommation de tabac (F17)	138	2%	12	1%
Consommation de substances multiples (F19)	157	2%	26	3%
Troubles psychologiques non spécifiés (F99)	157	2%	36	4%
Epilepsie (G40)	45	1%	6	1%
Insuffisance cardiaque (I51, I50)	82	1%	8	1%
Altération de l'état général (R53)	74	1%	7	1%
Maladie chronique (R69)	50	1%	1	<1%
Sevrage suite à consommation (Z50)	57	1%	0	<1%
Amputations, perte de membres (Z89)	10	<1%	7	<1%

Concernant les antécédents, les données de 2024 confirment que les troubles liés aux consommations constituent les plus fréquemment identifiés. La consommation d'alcool (F10) reste de loin la première mentionnée, avec 6 % des cas en 2024, même si sa part est en recul par rapport à la période 2012-2023 (9 %). La consommation de substances multiples (F19) progresse légèrement (3 % contre 2 % auparavant), tandis que la consommation de tabac (F17) est mentionnée pour 1 % des personnes. Les consommations d'opioïdes sont très rares (<1 %), probablement sous-estimées en raison de difficultés de repérage. Cela concerne les antécédents, et non les pathologies au moment du décès.

Les troubles psychiques non spécifiés (F99) apparaissent en hausse relative, passant de 2 % à 4 % des antécédents. Bien que cette catégorie soit large et imprécise, elle témoigne d'une meilleure prise en compte de la santé mentale dans les données collectées. L'épilepsie (1 %) et l'insuffisance cardiaque (1 %) sont signalées de façon stable, reflétant des pathologies chroniques présentes mais peu documentées dans les enquêtes.

Les autres antécédents demeurent marginaux : cancers (1 %), altération de l'état général (1 %), maladies chroniques non précisées (<1 %), ou encore amputations (moins de 1 % mais en légère hausse). Le sevrage suite à une consommation (Z50), pourtant identifié dans les années précédentes, ne figure plus en 2024.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils reposent sur un échantillon réduit (18 % des personnes décédées). Ils soulignent néanmoins le poids majeur des consommations et troubles psychiques dans les parcours des personnes sans chez-soi, confirmant leur rôle central comme facteur de vulnérabilité et de risque de décès prématuré.

Quant aux pathologies identifiées au moment du décès, comme précisé plus haut, les données sont parcellaires, d'une part car il est difficile d'avoir le parcours de vie intégral des personnes au moment du décès, mais aussi car ces informations ne sont pas forcément connues par celles et ceux qui les ont côtoyées.

Tableau 7 - Pathologies identifiées des personnes sans chez-soi décédées en 2023

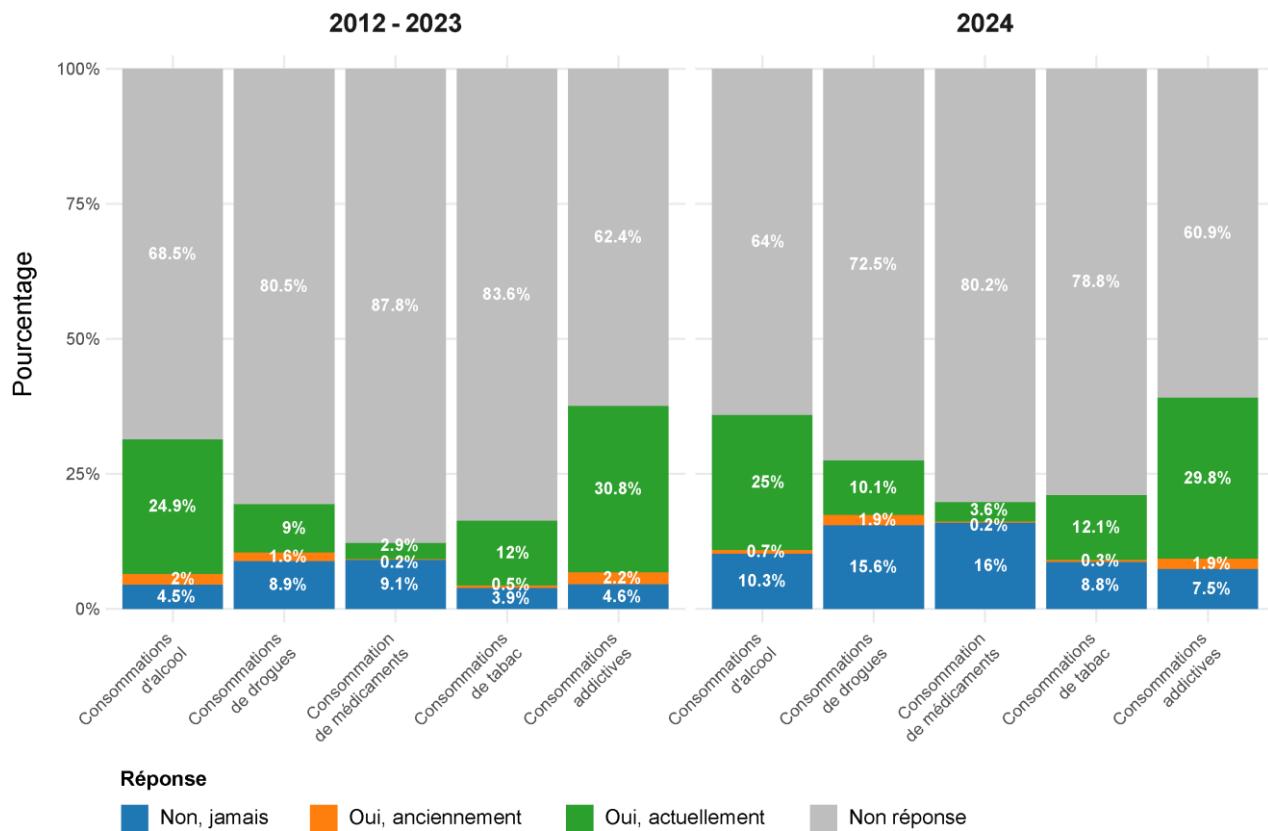
Pathologies identifiées au moment du décès et leur code CIM-10	2012-2023	2012-2023	2024	2024
	N (7085)	%	N (912)	%
Cancer non spécifiés (C33)	43	1%	27	3%
Consommation d'alcool (F10)	1215	17%	173	19%
Consommation d'opioïdes (F11)	70	1%	24	3%
Consommation de cannabis (F12)	22	0%	10	1%
Consommation de tabac (F17)	398	6%	53	6%
Consommation de substances multiples (F19)	390	6%	61	7%
Trouble dépressif (F33)	54	1%	14	2%
Troubles psychologiques non spécifiés (F99)	355	5%	92	10%
Epilepsie (G40)	84	1%	12	1%
Insuffisance cardiaque (I51)	248	4%	29	3%
Altération de l'état général (R53)	263	4%	18	2%
Maladie chronique (R69)	46	1%	4	0%
Mobilité réduite, perte d'autonomie (Z74)	39	1%	19	2%

Des consommations peu identifiées

La question des consommations est une question délicate. En effet, distinguer ce qui relève de l'addiction est complexe, notamment lorsqu'il n'y a pas un diagnostic établi. Lors de l'enquête, à moins d'avoir une information médicale précise, des éléments peuvent être recueillis concernant certaines consommations lorsque la question est posée. Néanmoins, la frontière entre une consommation addictive, ponctuelle ou problématique peut être floue. Jusqu'ici, le questionnaire posait la question de l'addiction, même si on pouvait aussi parler de consommations au sens large. Cette différence est désormais prise en compte à compter de 2025 après remaniement du questionnaire.

En complément des consommations signalées dans les parties « pathologies » et « antécédents médicaux » se trouve un item du questionnaire portant plus spécifiquement sur le type de consommation, avec les catégories « alcool », « drogue », « médicament » et « tabac ».

Figure 13 - Consommations identifiées des personnes sans chez-soi décédées en 2023



Pour la grande majorité des personnes, nous ne savons pas quelles ont été les consommations. On pourrait faire l'hypothèse que le fait que l'enquête n'ait pas permis de témoigner de consommations signifie qu'il n'y avait pas de consommation problématique, ou du moins particulière, mais on ne peut en être certain.

La catégorie « consommation addictive » est la catégorie générale, qui est cochée lorsqu'au moins une des catégories suivantes (alcool, drogue, médicament) est cochée. Ainsi, près d'un tiers des personnes décédées avait au moins une consommation addictive. Ce chiffre est proche de celui rapporté pendant la période précédente.

La consommation d'alcool reste la plus fréquemment rapportée. En 2024, un quart des personnes décédées consommaient de l'alcool, un chiffre stable par rapport à la période précédente. La consommation de drogues est en légère progression : 10,1 % contre 9 % précédemment. Elle reste néanmoins très inférieure à la consommation rapportée d'alcool ou de tabac. La consommation de médicaments (on peut imaginer des psychotropes ou d'autres types de médicaments) est signalée pour 3,8 % des cas. La consommation de tabac concerne 12,1 % des personnes en 2024, une situation très stable. Ce chiffre doit toutefois être interprété avec prudence : il est probable que la consommation réelle soit plus élevée, certaines personnes ne la mentionnant pas spontanément ou les enquêteur·rice·s ne la sollicitant pas systématiquement lors de l'entretien.

Des ruptures témoignant de parcours de vie difficiles

Les ruptures vécues par les personnes sans chez-soi décédées en 2024 confirment le poids des événements difficiles ayant conduit à la perte d'un chez-soi, et des parcours de vie marqués par des fragilités multiples. L'addiction aux substances illicites reste l'une des ruptures les plus fréquentes, citée pour environ un quart des personnes, un niveau élevé mais légèrement inférieur à celui observé en 2023. En revanche, l'addiction à l'alcool progresse et touche près d'une personne sur cinq, montrant l'importance des conduites addictives dans les trajectoires de précarité et de mortalité prématurée.

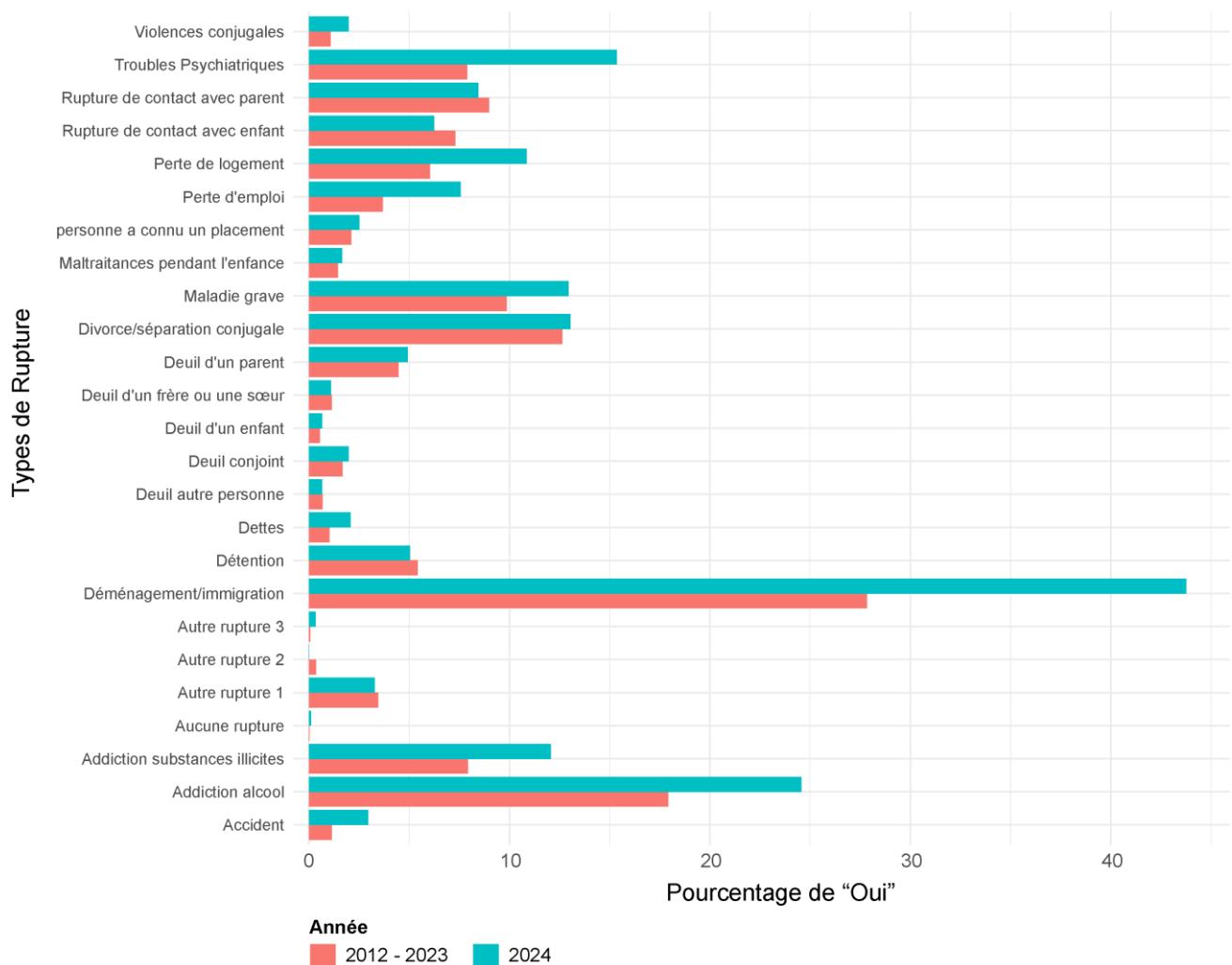
La rupture liée au déménagement ou à la migration apparaît comme le facteur le plus courant : elle concerne plus de 40 % des personnes décédées, en forte hausse par rapport aux périodes précédentes. Ce résultat traduit à la fois l'importance des parcours migratoires dans la population sans chez-soi et le rôle des

déplacements géographiques comme événements déstabilisants, souvent associés à une perte de repères sociaux, que ce soit familiaux ou professionnels.

Les ruptures familiales restent un élément central. Le divorce ou la séparation conjugale concerne près de 15 % des personnes, niveau comparable aux années antérieures. La rupture de contact avec un parent ou un enfant touche également une part significative des personnes, témoignant de liens familiaux souvent complexes, voire cassés. Ces fragilités relationnelles s'ajoutent à des parcours marqués par des deuils précoces (parents, fratrie) ou des violences subies dans l'enfance (maltraitances, placements), qui apparaissent de manière récurrente dans les données, même si leurs proportions varient peu d'une année sur l'autre.

Enfin, les ruptures liées à des conditions de vie matérielles et sanitaires sont fréquentes : la perte de logement et la perte d'emploi concernent une fraction notable des personnes, tandis que les troubles psychiatriques et les maladies graves continuent d'être signalés comme des événements de vie majeurs dans les trajectoires. Les périodes de détention apparaissent un peu moins souvent que lors des années précédentes, mais restent présentes.

Figure 14 – Comparaison des types de ruptures ayant conduit à la perte de domicile des personnes sans chez-soi décédées pour les périodes 2012-2023 et 2024



Si on se concentre sur les données 2024, on constate que près d'un tiers des personnes décédées sans chez-soi (31 %) n'avaient pas connu de rupture explicitement identifiée. L'identification des parcours et des ruptures reste ainsi partielle : les informations disponibles dépendent des signalements et des connaissances des personnes enquêtées, lorsque c'est possible. Un quart (26 %) en avaient vécu une. Les parcours marqués par plusieurs ruptures concernent une part plus réduite mais significative de la population : 13 % des personnes ont connu quatre à cinq ruptures, et près de 6 % en ont vécu six ou plus.

Ces situations traduisent des trajectoires d'accumulation des fragilités, où les pertes successives de liens familiaux, sociaux, résidentiels ou professionnels se conjuguent, rendant le retour à la stabilité particulièrement difficile. Cette distribution met en évidence la diversité des parcours de vie des personnes décédées sans chez-soi, entre épisodes isolés de rupture identifiées et processus d'exclusion durable.

L'ensemble de ces résultats confirme que les décès des personnes sans chez-soi s'inscrivent dans des parcours marqués par l'accumulation de ruptures familiales, sociales, sanitaires et addictives, souvent intriquées les unes aux autres et renforçant le processus d'exclusion. On peut aussi considérer que des services publics ayant des moyens et un réseau associatif soutenu permettrait de plus facilement accompagner les personnes vivant une première rupture et à la dépasser plutôt que d'accumuler par la suite des épreuves fragilisant de plus en plus les parcours.

Cindy, 32 ans

Cindy avait 32 ans. Jusqu'en 2022, elle exerçait le métier d'infirmière. A la suite de violences conjugales, Cindy a été hébergée et a arrêté de travailler. En dépression, elle a développé une dépendance à l'alcool. Elle s'est également vue confrontée à plusieurs reprises à des situations de violence avec ses différents compagnons, et avec les personnes l'hébergeant. A son décès, Cindy était hébergée par un ami, après avoir oscillée entre situation de rue, hébergement d'urgence et hébergement par des tiers pendant un an. Cindy a été enterrée par sa famille, dans sa ville natale du Sud de la France.

Occitanie

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

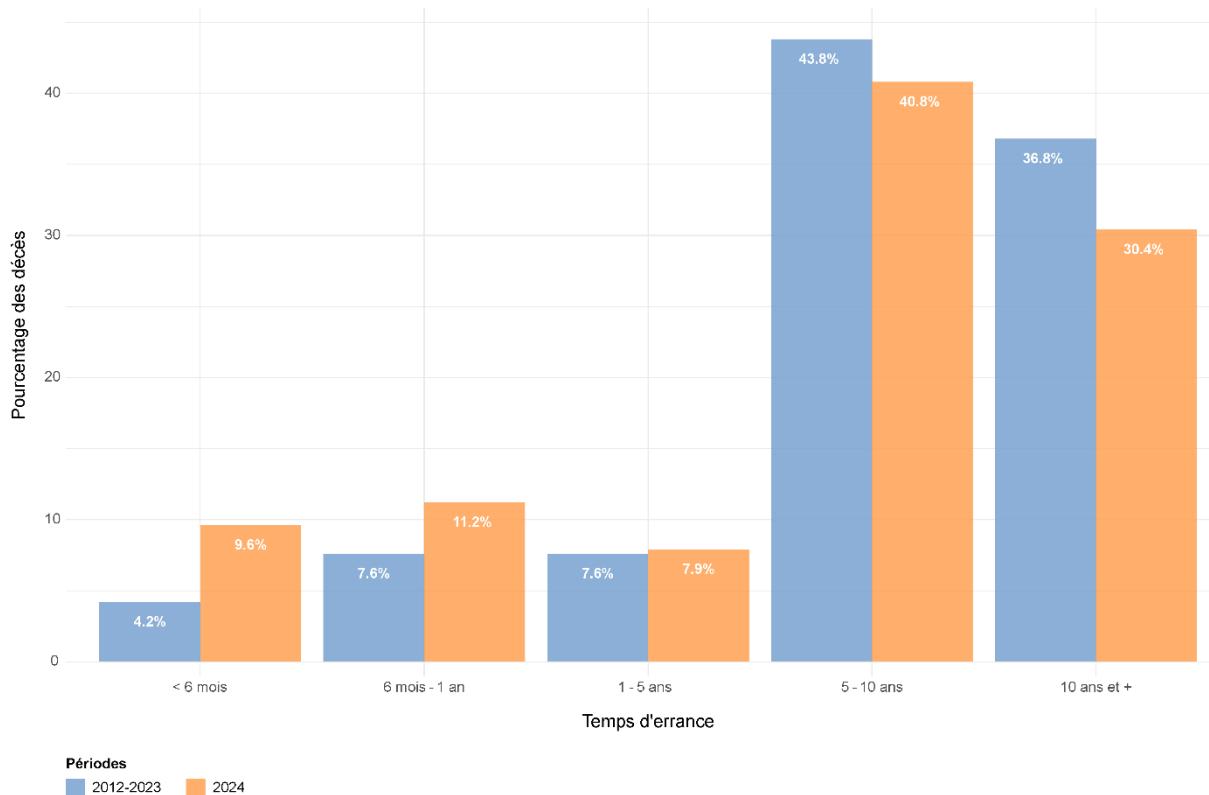
Des errances souvent longues avant le décès

Le temps d'errance depuis la perte d'un logement n'a pu être estimé que pour 26 % des cas, un taux inférieur de 20 points à l'année précédente. Pour les personnes dont nous avons des informations les durées d'errance captent des trajectoires hétérogènes.

La structure des durées d'errance avant le décès évolue légèrement en 2024 par rapport à la période précédente. La part des errances courtes augmente : moins de 6 mois passe de 4,2 % à 9,6 % et 6-12 mois de 7,6 % à 11,2 %. Au total, près d'un décès sur cinq survient désormais dans la première année d'errance (20,8 %, une augmentation de 9 points par rapport à 2012-2023). La classe 1-5 ans d'errance reste stable.

En miroir, les errances longues reculent tout en demeurant majoritaires. La tranche 5-10 ans baisse de 43,8 % à 40,8 % et 10 ans et plus de 36,8 % à 30,4 % (-6,4 points). Ensemble, ces deux classes représentent encore environ 7 décès sur 10 en 2024 (71,2 %). Autrement dit, si l'installation au long cours reste le scénario le plus fréquent, les décès précoce en parcours de rue sont plus nombreux qu'auparavant.

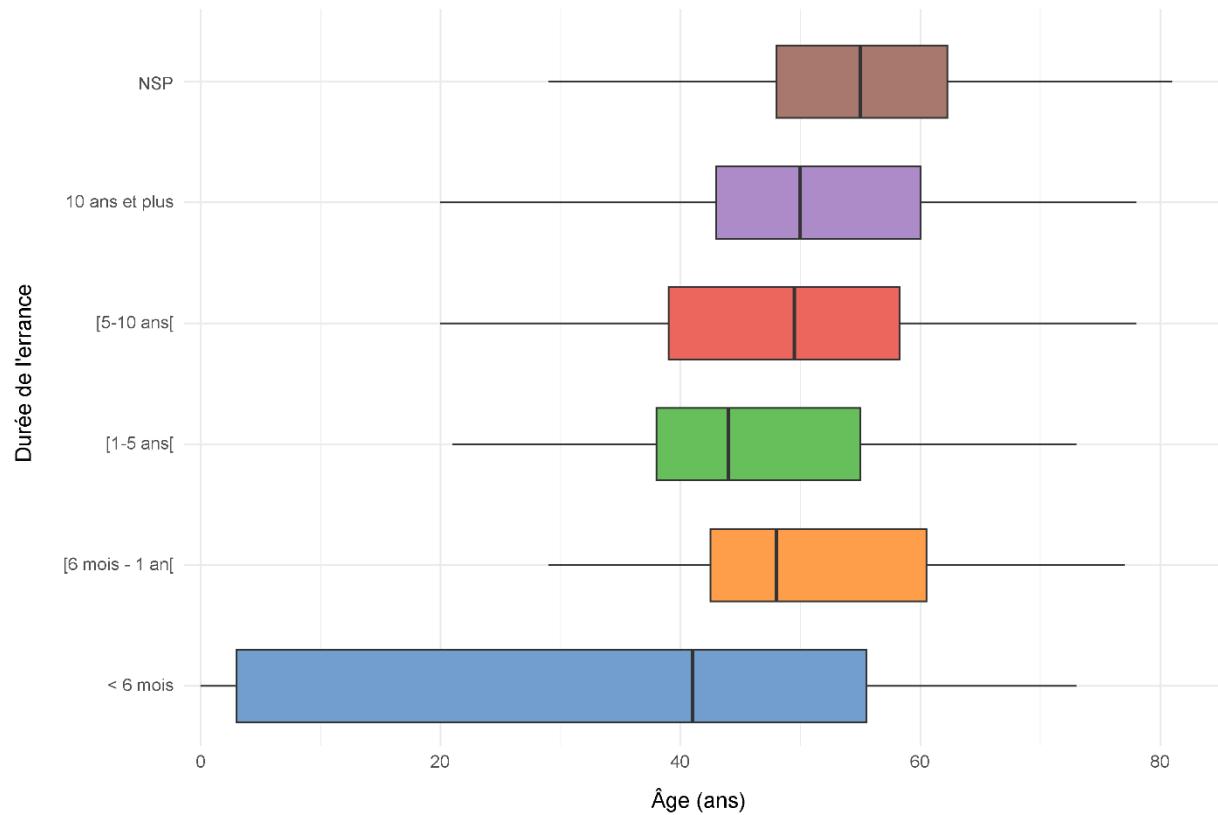
Figure 15 - Temps d'errance avant le décès pour les personnes sans chez soi décédées en 2024 et pendant la période 2011-2023



L'examen de l'âge au moment du décès en fonction de la durée d'errance fait apparaître des écarts significatifs. Les personnes sans chez-soi depuis moins d'un an sont globalement plus jeunes, avec une médiane qui avoisine 50 ans, ce qui traduit une mortalité précoce dans les situations de rupture récentes. À l'inverse, les personnes ayant vécu une errance plus longue, notamment entre 5 et 10 ans ou au-delà de 10 ans, présentent un âge médian plus élevé, autour de 55 ans et plus.

Les personnes en errance depuis plus de 10 ans montrent également une plus forte dispersion des âges au moment du décès, allant de la jeunesse à un âge avancé, ce qui reflète une hétérogénéité des parcours. Globalement, la tendance observée est claire : plus la durée d'errance s'allonge, plus l'âge des personnes au moment du décès tend à être élevé, confirmant l'effet cumulatif de l'exposition à la précarité et à ses conséquences sanitaires au fil du temps.

Figure 16 - Âge au décès des personnes sans chez-soi selon leur temps d'errance en 2024



Personnes sans chez-soi et population générale

Tableau 8 - Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2024 et la population générale décédée en France, INSEE 2023

Variables	Population générale			
	SCS 2024		2023	
	N (912)	(%)	N (639269)	(%)
Genre				
Masculin	749	82%	318641	48%
Féminin	122	13%	338726	52%
Personne trans	1	0%		0%
Manquant	40	4%		0%
Âge moyen / Ecart type	47,7	17,3	79,7	15,7
Classes d'âge				
Moins de 15 ans	38	4%	3924	1%
15 à 25 ans	47	5%	2667	0%
26 à 45 ans	244	27%	13656	2%
46 à 65 ans	378	41%	75877	12%
Plus de 65 ans	102	11%	543145	85%
Manquant	103	11%	0	0%
Pays de naissance				
France	368	40%	553361	87%
UE	108	12%	32814	5%
Hors UE	352	39%	53094	8%
Manquant	84	9%		0%
Saison				
Été	182	20%	145779	23%
Automne	247	27%	157579	25%
Hiver	271	30%	178190	28%
Printemps	192	21%	157721	25%
Manquant	20	2%	0	0%

Avant de comparer les profils des personnes mortes sans chez-soi dans l'année aux décès de la population générale, il convient de rappeler deux limites importantes. D'une part, les données relatives aux personnes sans chez-soi ne sont pas exhaustives et leur couverture varie selon les territoires, certaines régions étant mieux représentées que d'autres comme nous l'avons vu précédemment. D'autre part, les populations comparées ne sont pas de même nature : la population générale est une population « fermée », suivie tout au long du cycle de vie, tandis que celle des personnes sans chez-soi est une population « ouverte », dont les trajectoires peuvent évoluer hors du champ d'observation (sortie de rue, migration, etc.). Les données du dispositif ne captent donc qu'une partie des parcours, ce qui influence nécessairement les indicateurs présentés.

La comparaison entre les caractéristiques des personnes sans chez-soi décédées en 2024 et celles de la population générale fait apparaître des écarts persistants et marqués. Concernant le genre, les hommes représentent toujours une large majorité des décès (83 %), alors que dans la population générale la répartition hommes-femmes reste équilibrée. Le sex-ratio homme/femme atteint ainsi 6,4 chez les personnes sans chez-soi, contre 1,0 dans l'ensemble de la population.

Dans la population générale, la mortalité est très majoritairement concentrée aux âges élevés : l'âge moyen au décès est de 79,7 ans et près de 4 décès sur 5 surviennent après 65 ans (77 %). À l'inverse, chez les personnes sans chez-soi, la mortalité est nettement plus précoce : l'âge moyen au décès n'est que de 47,7 ans et seuls 13 % des décès surviennent après 65 ans. Dit autrement, 87 % des décès de notre enquête surviennent avant 65 ans, contre environ 23 % dans la population générale. Ce contraste massif illustre un décalage de plus de trois décennies dans l'âge au décès et une surmortalité forte à l'âge adulte.

La structure par classes d'âge confirme ce décalage : les 46-65 ans représentent 41 % des décès chez les SCS (contre 12 % dans la population générale). Cette concentration traduit l'impact cumulé des conditions de vie précaires, des expositions (froid, noyades, violences, intoxications) et de comorbidités insuffisamment prises en charge. La présence de décès chez les jeunes adultes – voire chez des mineur·e·s dans certains cas – reste marginale dans la population générale mais demeure visible parmi les SCS, ce qui participe à l'abaissement statistique de l'âge moyen.

Enfin, la dispersion des âges au décès est légèrement plus élevée chez les personnes sans chez-soi (écart-type 17,3 ans, contre 15,7 ans dans la population générale), signe d'une hétérogénéité des trajectoires : certains décès surviennent très tôt, d'autres à des âges avancés, mais la moyenne se situe bien plus tôt que dans la population générale. Pris ensemble, ces éléments soulignent une mortalité à la fois plus précoce et plus étalée chez les personnes sans chez-soi.

La comparaison par pays de naissance souligne également des différences structurelles. Seules 46 % des personnes décédées SCS en 2024 sont nées en France, contre 87 % dans la population générale. Les personnes nées dans l'Union européenne (hors France) représentent 12 % des décès dans notre enquête, une proportion nettement plus élevée que dans la population générale (5 %). Cette surreprésentation traduit l'importance des parcours migratoires dans les trajectoires des personnes sans chez-soi.

Enfin, la répartition des décès par saison montre peu d'écart globaux avec la population générale, mais l'automne apparaît légèrement surreprésenté parmi les personnes sans chez-soi (27 % contre 25 %). Si cette différence reste limitée, elle peut néanmoins refléter des vulnérabilités spécifiques à cette période, notamment face aux premières baisses de température. Globalement, ces résultats confirment l'existence d'inégalités fortes en termes de santé et de conditions de vie, avec une mortalité plus précoce, davantage masculine et plus souvent liée à des parcours migratoires.

Figure 17 – Pyramide des âges au moment du décès selon le genre pour les personnes sans chez-soi en 2024

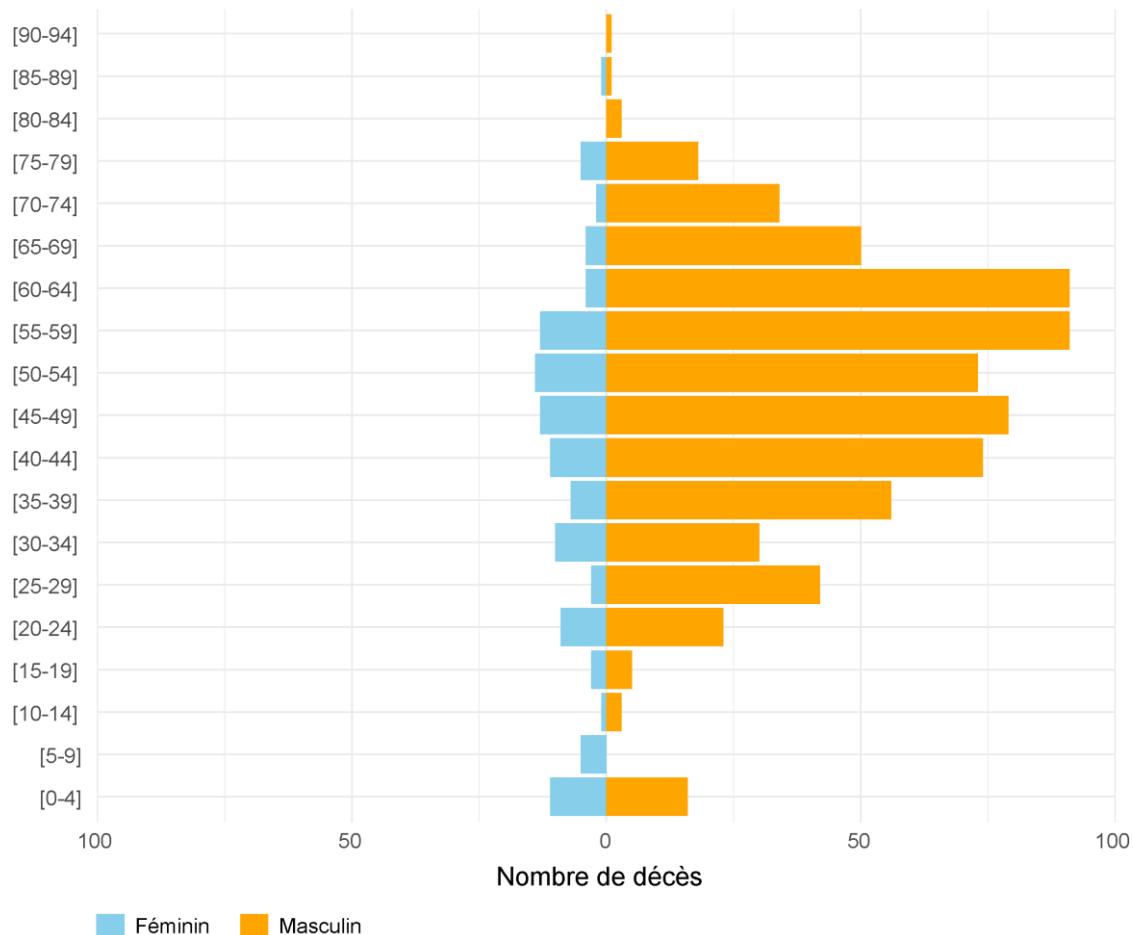
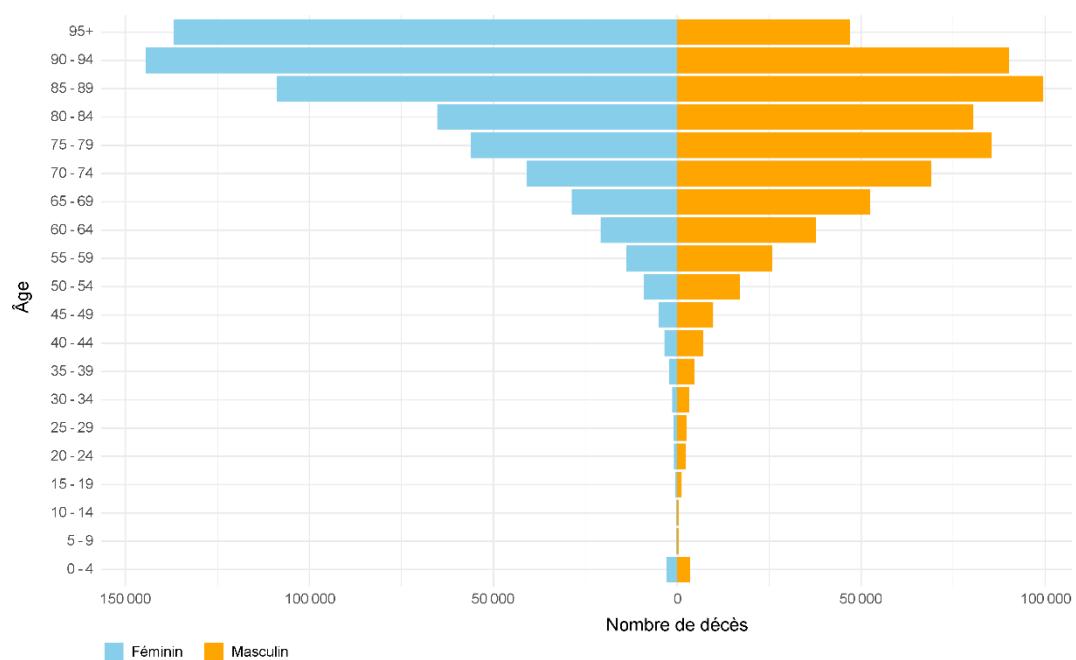


Figure 18 – Pyramide des âges au moment du décès selon le genre pour la population générale en 2023 (INSEE)



La pyramide des âges des décès chez les personnes sans chez-soi en 2024 confirme une concentration très nette entre 45 et 65 ans, avec un maximum autour de 55-60 ans. Les décès avant 30 ans existent mais restent minoritaires, tandis que les décès après 65 ans sont rares. Cette distribution illustre une mortalité prématuée, centrée sur l'âge adulte, là où la population générale connaît encore une espérance de vie longue.

À l'inverse, la pyramide des âges de la population générale conserve une structure classique, avec une immense majorité des décès à partir de 75 ans et un sommet qui se prolonge largement au-delà de 90 ans. Le contraste est donc marqué : les personnes sans chez-soi meurent principalement à un âge où la population générale est encore en vie.

Manuel, 58 ans

Né au Portugal, Manuel avait vécu et travaillé en France. Il travaillait de manière informelle dans le secteur du BTP. Hébergé par son employeur, il a été contraint de quitter cette situation précaire d'hébergement après un accident du travail. Il a ensuite été accueilli en CHRS pendant deux ans, avant de se retrouver à la rue.

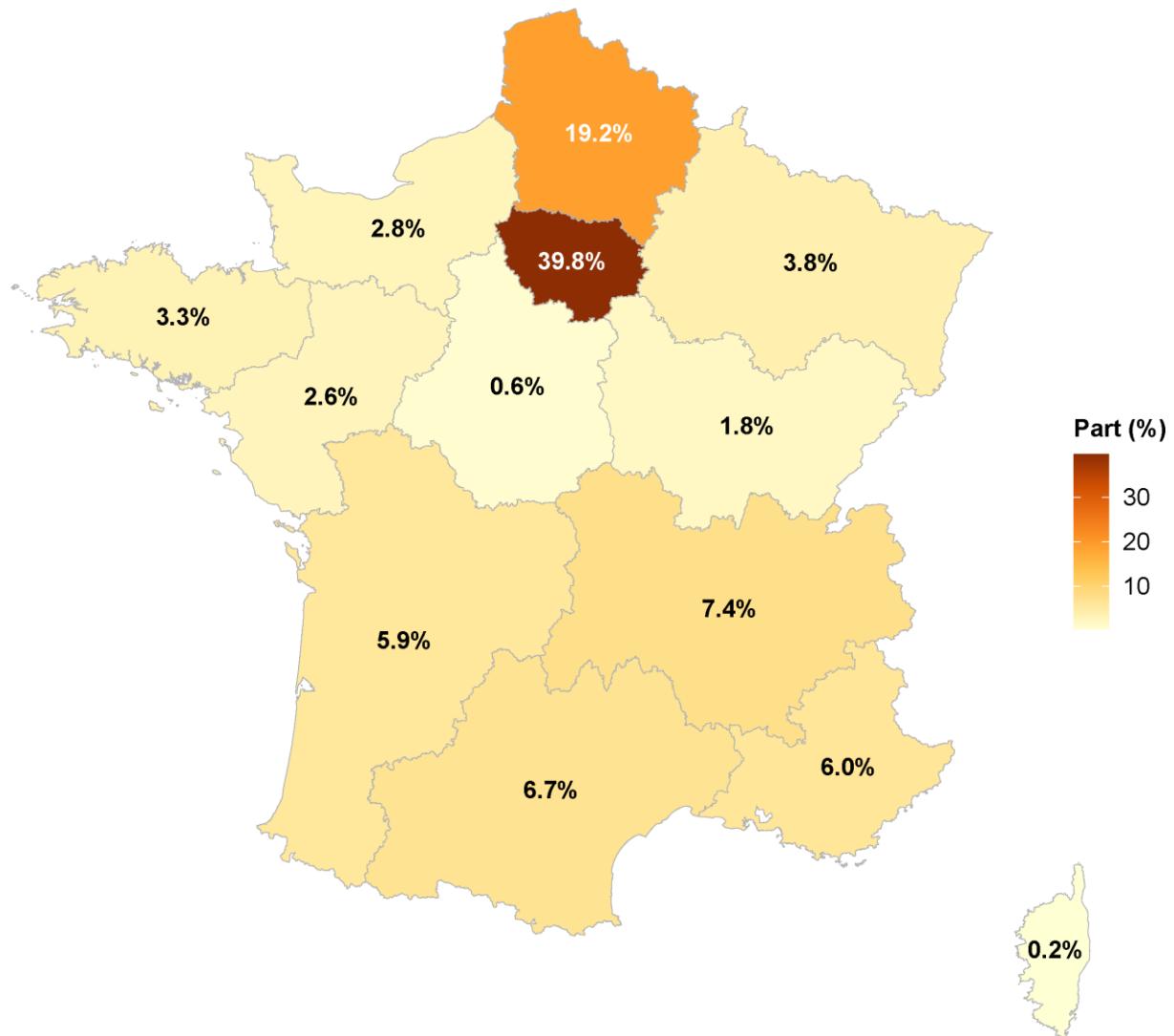
Il a vécu près de 150 jours en situation de rue. Il souffrait d'un cancer des poumons, diagnostiqué après une hospitalisation pour des problèmes respiratoires. Il était aussi suivi pour de fortes consommations d'alcool et de tabac.

Manuel vivait en faisant la manche, mais aussi en vendant des tableaux et des sculptures réalisés de ses mains. Malgré sa précarité, il était connu pour sa générosité envers l'équipe professionnelle qui l'accompagnait. Les différents témoignages le décrivent comme une personne très attachante. Il avait une fille, avec qui il était resté en contact jusqu'à la perte de son téléphone. A son décès, sa fille n'a pas pu être retrouvée.

Provence-Alpes-Côte d'Azur

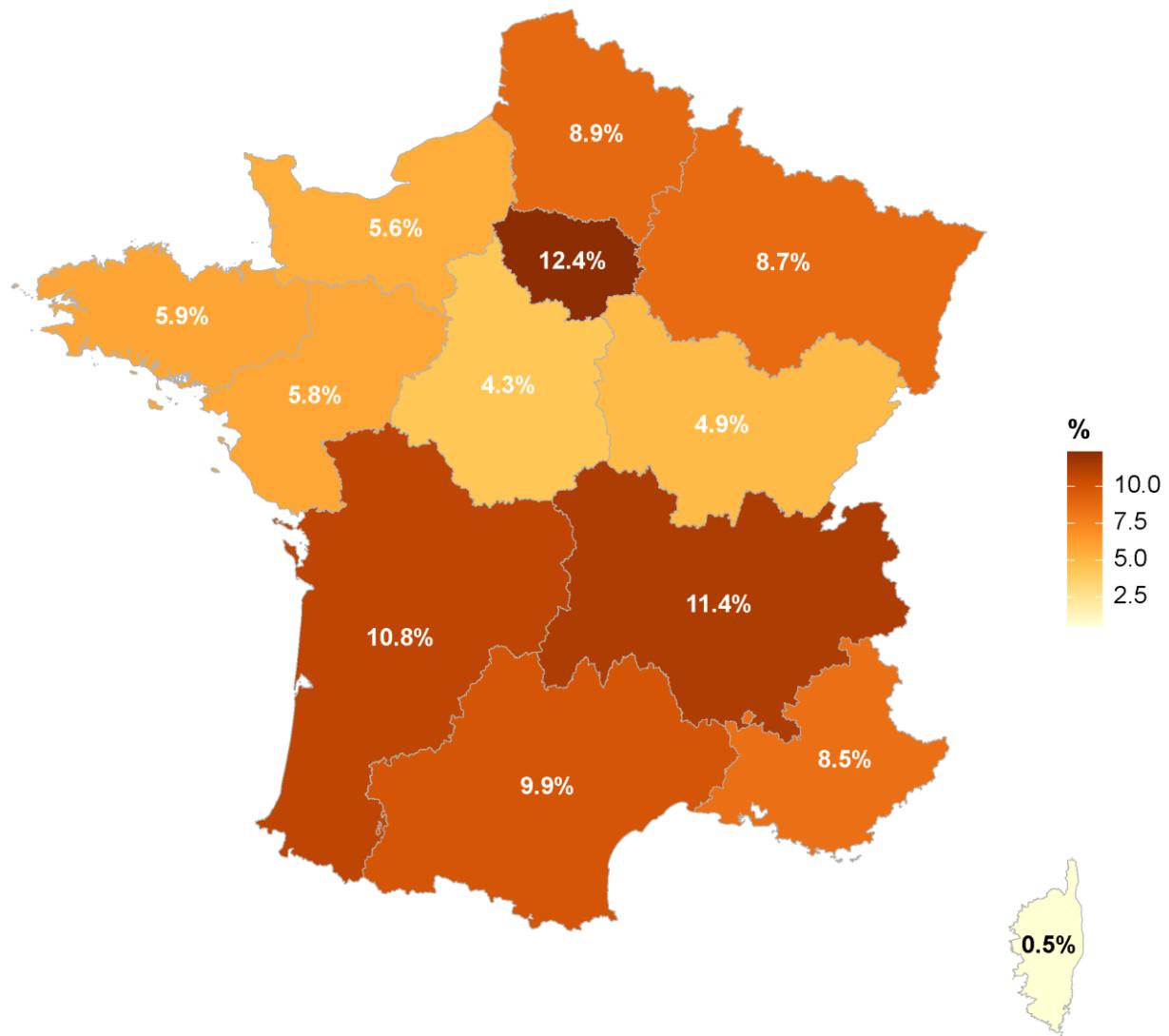
RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Figure 19 - - Carte de la part des décès par région des personnes sans chez-soi en 2024



Si l'on étudie la répartition de la mortalité géographique des personnes sans chez-soi recensée par le CMDR, on constate que l'Île-de-France est largement surreprésentée avec 42,4 % des décès. Différentes raisons peuvent être avancées, dont la forte concentration de la population sans chez-soi dans cette région, la forte densité de population de la région ainsi que les tensions sur le marché de l'immobilier. On peut aussi constater un maillage associatif qui connaît les activités du Collectif les Morts de la Rue, et qui signale donc fréquemment les décès. D'autres régions, comme les Hauts-de-France (9,5 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,6 %), présentent également des taux relativement élevés. Les autres régions ont des proportions plus faibles, avec des régions comme la Corse ou la Bourgogne-Franche-Comté peu représentées (0,1 % et 1,1 % respectivement).

Figure 20 - Carte de la part des décès par région en population générale en 2023 (INSEE)



En revanche, la répartition des décès de la population générale est beaucoup plus homogène, avec des pourcentages moins concentrés sur une seule région. LÎle-de-France représente 12,3 % des décès, un taux bien inférieur à celui observé pour les personnes sans chez-soi. Les décès sont plus répartis sur lensemble du territoire, avec des régions comme Auvergne-Rhône-Alpes (11,3 %) ou Occitanie (10,9 %).

Ces différences reflètent la concentration des personnes sans chez-soi dans les grandes zones urbaines, en particulier à Paris et ses environs, tandis que les décès dans la population générale sont plus proportionnellement distribués à travers les différentes régions métropolitaines.

Un homme non identifié, 60 ans environ

Un homme a été découvert en début d'année au 85 rue de Baudricourt à Paris au niveau de l'entrée du parking d'un immeuble. Cet endroit était apparemment son lieu de vie. Il avait avec lui de nombreux sacs de vêtement. Cet homme avait 60 ans environ. Non identifié, il a été inhumé sous X par la Ville de Paris.

Paris

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel.

Décès urbains, décès ruraux

Pour les données 2024, le Collectif les Morts de la Rue et l'équipe Dénombrer et Décrire ont souhaité faire un chapitre spécifique sur les décès survenus dans les territoires ruraux.

Au niveau de la population générale, la population reste fortement urbaine. L'INSEE propose une décomposition en plusieurs grandes catégories, notamment en détaillant plusieurs façons d'approcher la dimension rurale⁴¹ :

- Les communes rurales, divisées en sous-groupes (rural autonome très peu dense, rural autonome peu dense, rural sous faible influence d'un pôle, rural sous forte influence d'un pôle)
- Les communes urbaines

Bien que les communes rurales représentent 88 % du territoire, elles ne représentent que 33 % de la population totale.

Tableau 9 - Répartition des types de commune et de la population selon le type d'espace - INSEE

	Communes		Population	
	Nombre	Répartition (en %)	En milliers	Répartition (en %)
Rural	30 775	88	21 881	33
Rural autonome	16 206	46	9 143	14
Très peu dense	8 097	23	1 561	2
Peu dense	8 109	23	7 582	11
Rural sous faible influence d'un pôle	7 399	21	5 937	9
Rural sous forte influence d'un pôle	7 170	21	6 801	10
Urbain	4 193	12	44 900	67
Ensemble	34 968	100	66 781	100

Lecture : 46 % des communes et 14 % des habitants font partie du rural autonome.

Champ : France.

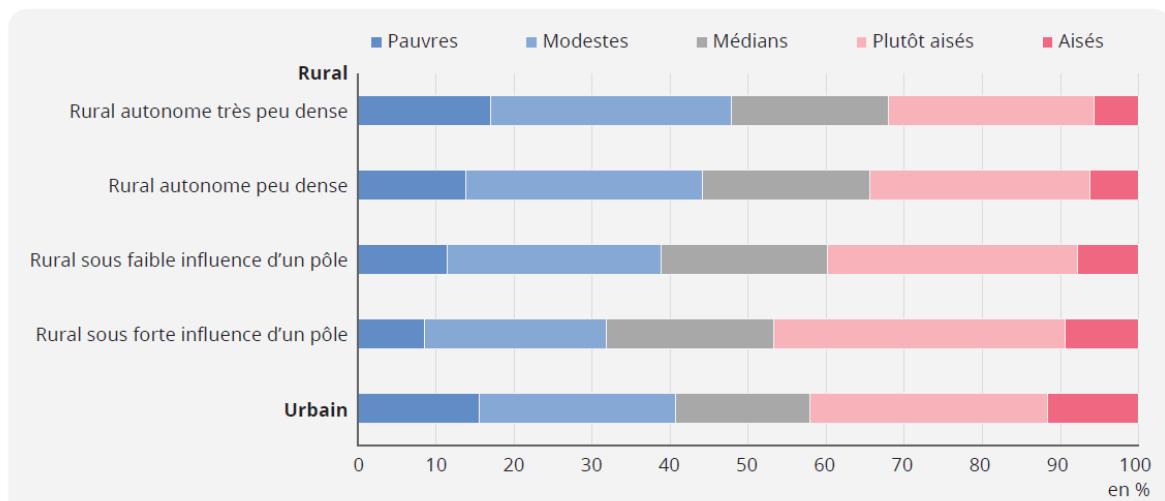
Source : Insee, recensement de la population 2017.

Globalement, les niveaux de vie sont différents selon les territoires. Les espaces ruraux « autonomes » (très peu denses ou peu denses) comptent proportionnellement moins de ménages pauvres et modestes et davantage de ménages médians ou plutôt aisés ; par exemple, dans le rural peu dense, 13,8 % des ménages sont pauvres. À mesure que l'on se rapproche des pôles urbains, la part de ménages modestes et pauvres augmente, tandis que la structure urbaine se caractérise aussi par une présence non négligeable de ménages aisés, signe d'une plus forte hétérogénéité sociale en ville.

Cette lecture socio-économique fournit un contexte utile pour analyser les décès en milieux urbain et rural. Les villes concentrent davantage de ménages aux revenus faibles, donc potentiellement plus d'expositions aux risques (habitat précaire, vie à la rue, violences, pollutions), mais aussi une offre de services plus dense. À l'inverse, les zones rurales, globalement plus « médianes » ou « plutôt aisées », peuvent masquer des poches de vulnérabilité dispersées, avec des accès aux soins et aux aides plus éloignés. Ces structures de niveau de vie influencent les profils et les circonstances des décès observés dans la suite du chapitre.

⁴¹ Insee Références - Édition 2021 - Dossiers - Une nouvelle définition du rural

Figure 21 - Répartition des ménages selon le niveau de vie par type d'espace



Note : les ménages pauvres ont un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble des ménages. Les ménages modestes ont niveau de vie compris entre 60 et 90 % du niveau de vie médian, les ménages médians entre 90 et 110 %, les ménages plutôt aisés entre 110 et 180 % et les ménages aisés au-delà de 180 %.

Lecture : en 2018, dans le rural peu dense, 13,8 % des ménages sont pauvres.

Champ : France métropolitaine, Martinique, La Réunion.

Source : Insee, *Filosofi* 2018.

Les zones urbaines ont effectivement développé un maillage plus dense et diversifié de structures de prise en charge des difficultés liées à la perte de logement. Le réseau des CHU-CHRS est par exemple très développé dans les villes. Paris offre 16 places d'hébergement pour 1000 habitants, les départements de la grande couronne autour de 4, alors que les départements ruraux ont pour certains des taux inférieurs à 0,5 places pour 1000 habitants. Une étude de l'IGAS et de la FAS⁴² soulignent que la pauvreté en milieu rural est « moins ostentatoire qu'en ville » et qu'elle est souvent « silencieuse », alors qu'elle est d'ampleur similaire à la pauvreté en ville.

La question du logement rural est également centrale et paradoxale. Le problème n'est pas tant une pénurie de logements qu'une qualité très dégradée du parc existant. Celui-ci est souvent ancien, mal isolé, énergétiquement précaire et inadapté aux normes de confort actuelles. Une part significative des ménages pauvres en milieu rural sont propriétaires de leur logement, mais ne disposent pas des ressources nécessaires pour l'entretenir ou le rénover, les enfermant dans une situation de mal-logement sévère qui peut affecter leur santé et leur budget. Ainsi, ces personnes peuvent se retrouver avec un toit sur la tête, un chez-soi, mais se retrouver dans des situations de grande difficultés proches de celles que connaissent les personnes sans chez-soi. Les personnes en situation de vie très précaires (vivant en caravanes, cabanes, mobil-homes) sont aussi plus difficilement identifiées car elles peuvent être très isolées dans l'espace.

Ainsi, la géographie du « sans-domicile » reste plutôt urbaine et fortement concentrée. L'enquête de l'INSEE publiée en 2012⁴³ indiquait que la moitié de ces personnes vivait en île de France. Le maillage associatif y est aussi très dense comparé aux zones rurales. Des politiques comme « le logement d'abord » peuvent moins répondre aux problématiques propres des zones rurales.

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés aux personnes sans chez-soi décédées selon la typologie urbain / rural. Nous avons utilisé la définition de l'INSEE pour classer l'ensemble des communes françaises dans les grandes catégories, et nous avons étudié la commune de décès de chacune des personnes décédées depuis 2012. L'appariement a pu être réalisé pour près de 98 % des décès recensés par le CMDR. Ainsi, on peut considérer que cette typologie peut être appliquée avec une forte fiabilité.

⁴² note de cadrage pauvreté en milieu rural - solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/Note_de_cadrage_GT_Fnars_pauvrete_en_milieu_rural.pdf

⁴³ Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations, INSEE.

Sur l'ensemble des décès dont nous avons pu identifier la typologie de zone géographique, on constate que la grande majorité ont lieu dans des zones dites urbaines. Les zones rurales sont très sous-représentées.

Tableau 10 : Nombre de décès de personnes sans chez-soi selon la zone géographique par année

Typologie INSEE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Urbain	380	466	506	529	537	525	567	559	590	622	648	727	841	7497
Rural sous forte influence d'un pôle	12	11	9	4	5	11	9	5	6	5	9	13	14	113
Rural sous faible influence d'un pôle	5	8	3	3	2	6	4	6	2	4	7	3	7	60
Rural autonome peu dense	7	5	6	8	5	6	9	6	6	9	9	7	8	91
Rural autonome très peu dense	3	2	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	11
Non classé	2	3	3	4	1	5	28	20	5	6	12	28	38	155
Total	409	495	529	548	551	554	617	597	609	646	686	778	908	7927

On constate que quelles que soient les périodes, la population de personnes sans chez-soi identifiées par le Collectif les Morts de la Rue est à plus de 90 % en zone urbaine. A cela, plusieurs explications peuvent se superposer : comme nous l'avons vu, la population générale française est déjà principalement urbaine. De plus, les dispositifs d'aides sont plus présents dans les zones urbaines que rurales. Nous faisons également l'hypothèse que le fait d'être sans chez-soi est plus courant dans les zones urbaines que dans les zones rurales, où les problématiques de logements se manifestent différemment.

Enfin, le réseau des associations et médias pouvant nous faire remonter des données est plus implanté dans les agglomérations que dans les communes rurales. L'inverse est aussi vrai : on peut supposer que le travail du collectif est mieux connu dans les zones urbaines (présences de collectifs locaux etc.) que dans les zones rurales. Cela étant acté, il est intéressant de voir qu'il existe malgré tout une population de personnes sans chez soi qui meurent dans les zones rurales et dont nous arrivons à avoir connaissance.

Si l'on s'intéresse à la dimension régionale, on constate que la structure du lieu de décès reste très majoritairement urbaine partout, mais l'intensité du rural varie sensiblement selon les territoires. À une extrémité, l'Île-de-France affiche 99 % urbain (1 % rural au total). À l'autre, quelques régions présentent un rural plus visible, sans jamais inverser la tendance.

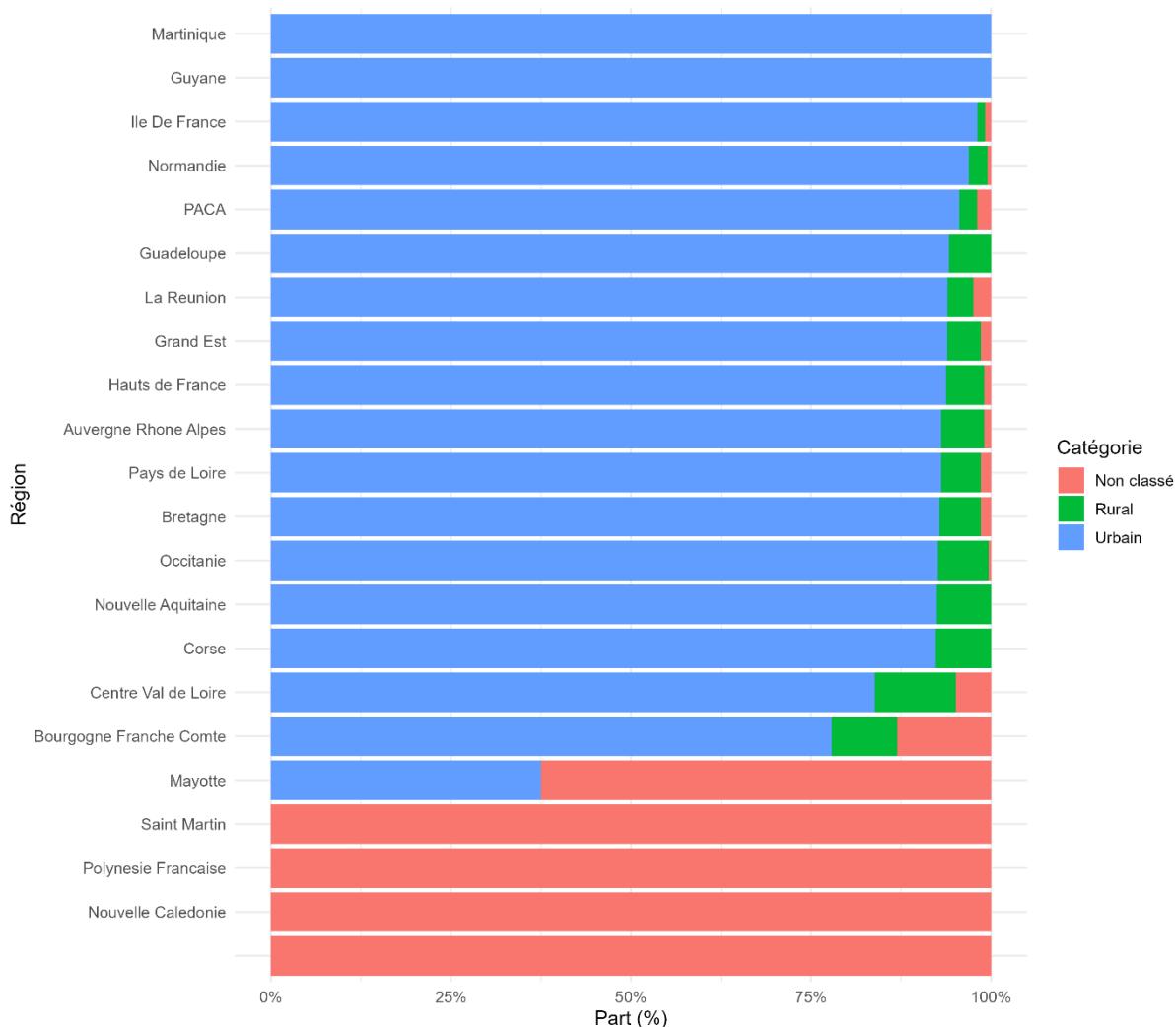
Les parts rurales les plus élevées se rencontrent en Centre-Val de Loire (11,9 % rural au total, avec 5,1 % « peu dense » et 5,1 % « sous forte influence »), en Corse (7,7 %), en Nouvelle-Aquitaine (7,5 %), en Occitanie (7,0 %), puis en Auvergne-Rhône-Alpes (6,0 %), Bretagne (5,8 %), Pays de la Loire (5,6 %) et Hauts-de-France (5,4 %). Ce gradient confirme qu'au-delà des métropoles, une fraction non négligeable des décès est rattachée à des communes rurales, particulièrement dans l'Ouest et le Centre.

Dans le détail des sous-catégories, le rural « sous forte influence d'un pôle » domine souvent la composante rurale (Hauts-de-France 2,6 %, Bretagne 2,4 %, Pays de la Loire 1,9 %, Grand Est 2,5 %). À l'inverse, plusieurs régions montrent un « peu dense » légèrement supérieur au « sous forte influence » (Auvergne-Rhône-Alpes 2,3 % vs 1,7 % ; Centre-Val de Loire 5,1 % vs 5,1 % à égalité ; Nouvelle-Aquitaine 3,9 % vs 2,1 % ; Occitanie 2,7 % vs 2,1 %). Le « très peu dense » reste marginal partout (<1 % dans les rares régions où il apparaît), signe que la part des décès rattachés aux espaces les plus isolés est très faible dans notre base.

Les régions fortement urbanisées concentrent logiquement l'urbain : Île-de-France 99,0 %, PACA 97,5 %, Normandie 97,4 %, Grand Est 95,2 %, Hauts-de-France 94,6 %, Bretagne 94,2 %. Ces profils suggèrent que la géographie des décès recensés épouse la distribution urbaine des personnes sans chez-soi et/ou des dispositifs de repérage et de signalement.

Concernant l'Outre-mer, les situations sont hétérogènes et les effectifs faibles : la Guadeloupe et La Réunion conservent une petite composante « peu dense » (5,9 % et 3,7 %). À l'inverse, la Guyane française, la Martinique et Mayotte apparaissent 100 % urbain dans ce tableau. L'interprétation doit donc rester prudente pour ces territoires.

Figure 22 - Part de décès de personnes sans chez-soi selon la région et la zone géographique (2012 - 2024)

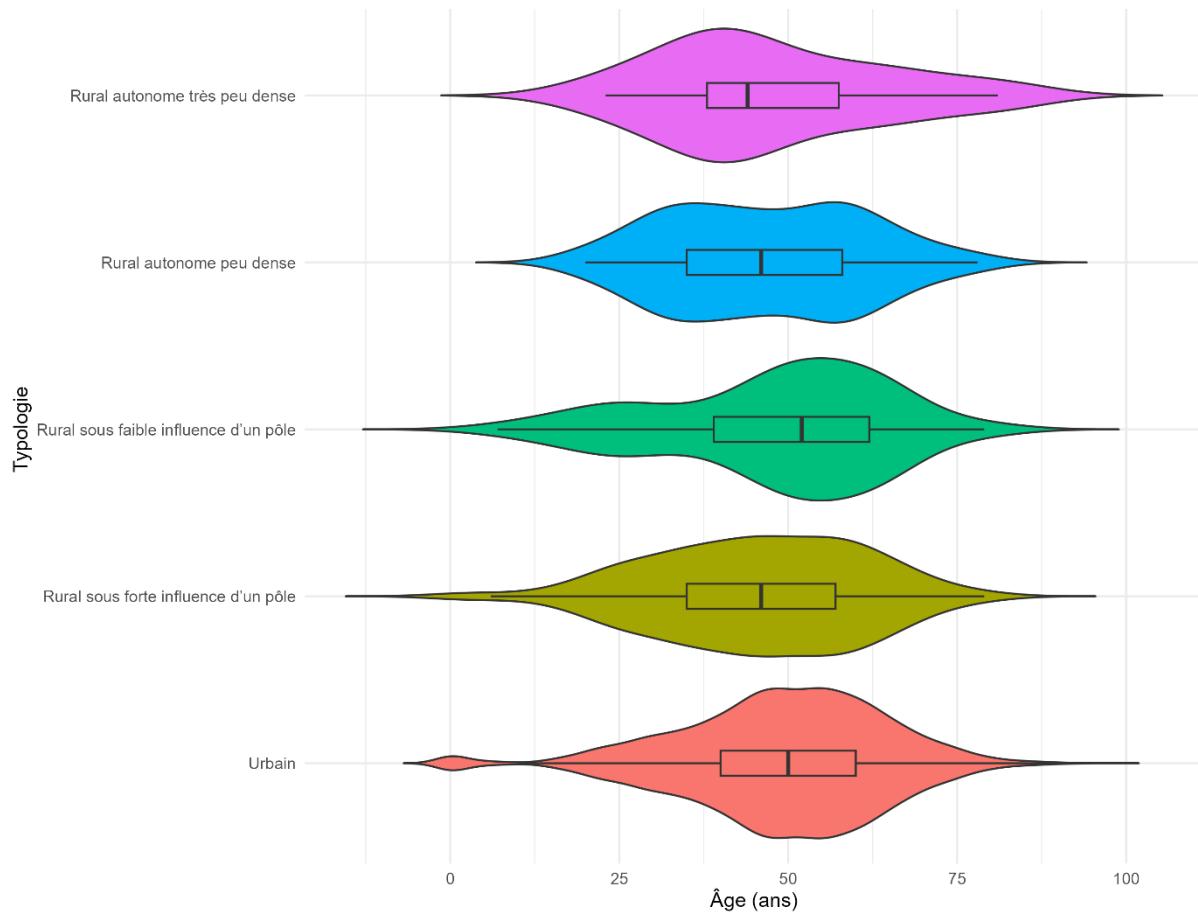


Si l'on s'intéresse à l'âge, la distribution est centrée autour de la cinquantaine dans toutes les catégories, avec une certaine tendance : l'urbain est plus jeune, puis viennent les communes sous forte influence d'un pôle, ensuite celles sous faible influence, puis le « rural autonome peu dense » et enfin le « très peu dense », qui présente la médiane la plus élevée.

L'urbain montre la dispersion la plus large, avec une présence visible de décès à des âges jeunes, y compris des mineurs, et une longue traîne vers les âges élevés. À mesure que la densité diminue, les distributions se resserrent et se déplacent vers des âges plus avancés : les catégories rurales les moins denses concentrent davantage les décès entre 45 et 65 ans et présentent peu de personnes décédées à des âges très jeunes.

Toutes les typologies affichent une traîne vers les âges élevés, mais elle pèse proportionnellement davantage dans les catégories rurales « faible influence » et « autonomes ». Le « rural très peu dense » est visuellement le plus âgé, mais il faut garder à l'esprit que ses effectifs sont faibles et que la forme du violon est donc plus instable.

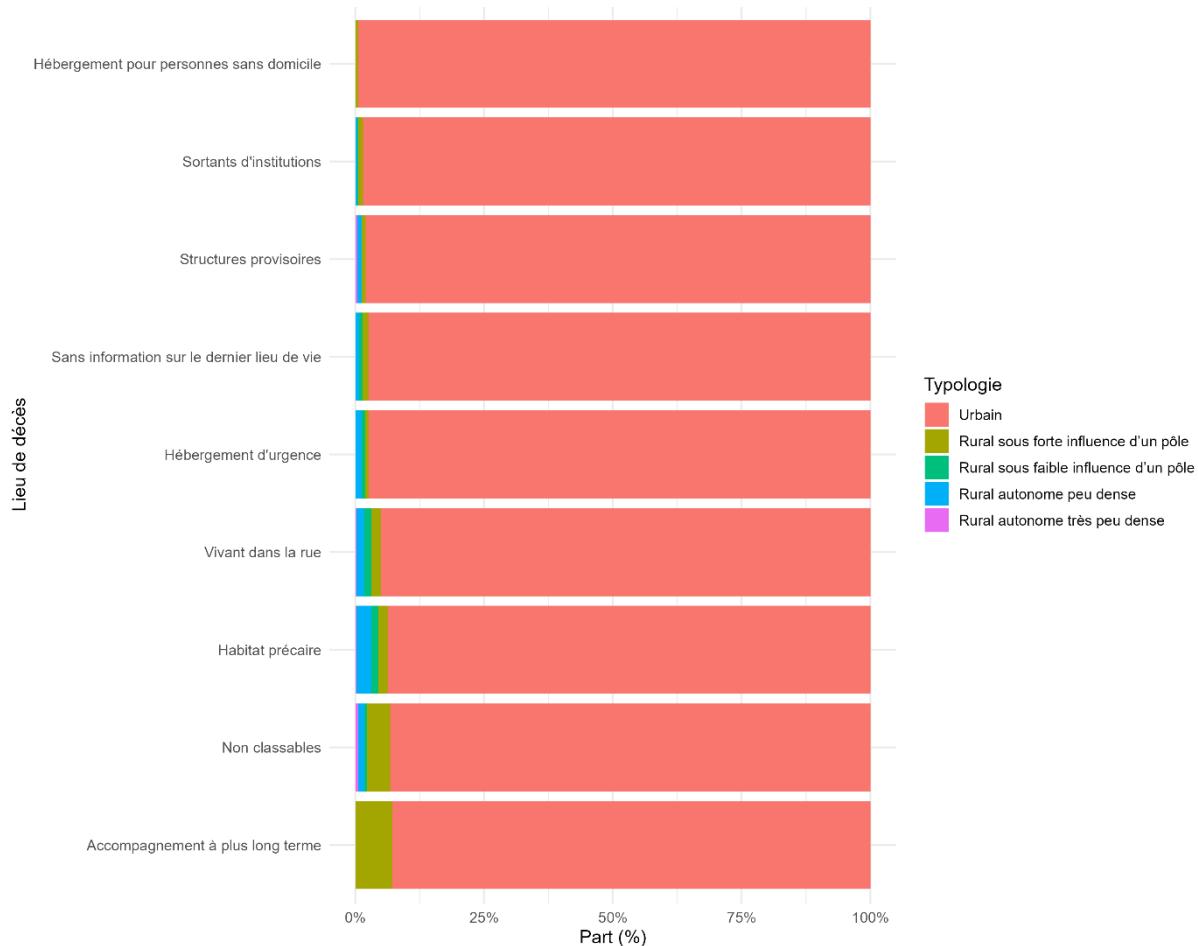
Figure 23 : Part de décès de personnes sans chez-soi selon l'âge et la zone géographique (2012 – 2024)



En s'intéressant aux lieux de décès, on constate que les contextes institutionnels et d'hébergement restent quasi exclusivement urbains. C'est le cas des « Sortants d'institutions » (97,5 % urbain), des « Structures provisoires » (98 %), de « l'Hébergement d'urgence » (97,42 %) et de « l'Hébergement pour personnes sans domicile » (99,5 %). Cette concentration peut s'expliquer par la localisation urbaine des établissements et des dispositifs concernés, et par des circuits de signalement eux-mêmes très urbains. La part « non classé » y est nulle ou marginale, ce qui renforce la robustesse de cette lecture.

Le rural est un peu plus présent dans les situations de rue et d'habitat diffus. « Vivant dans la rue » concerne à 4,9 % une commune rurale (123 cas pour 2 359 urbain) et « Habitat précaire » 6,2 % rural (66 pour 989 urbain). Dans ces deux catégories, le détail montre que le rural provient surtout de communes « sous forte influence d'un pôle » et « autonomes peu denses », tandis que le « très peu dense » reste marginal. Le décès en structure d'« Accompagnement à plus long terme » a lieu à 7 % dans une commune rurale mais sur des effectifs très faibles, ce qui limite l'interprétation.

Figure 24 : Part de décès de personnes sans chez-soi selon le lieu de décès et la zone géographique (2012 - 2024)

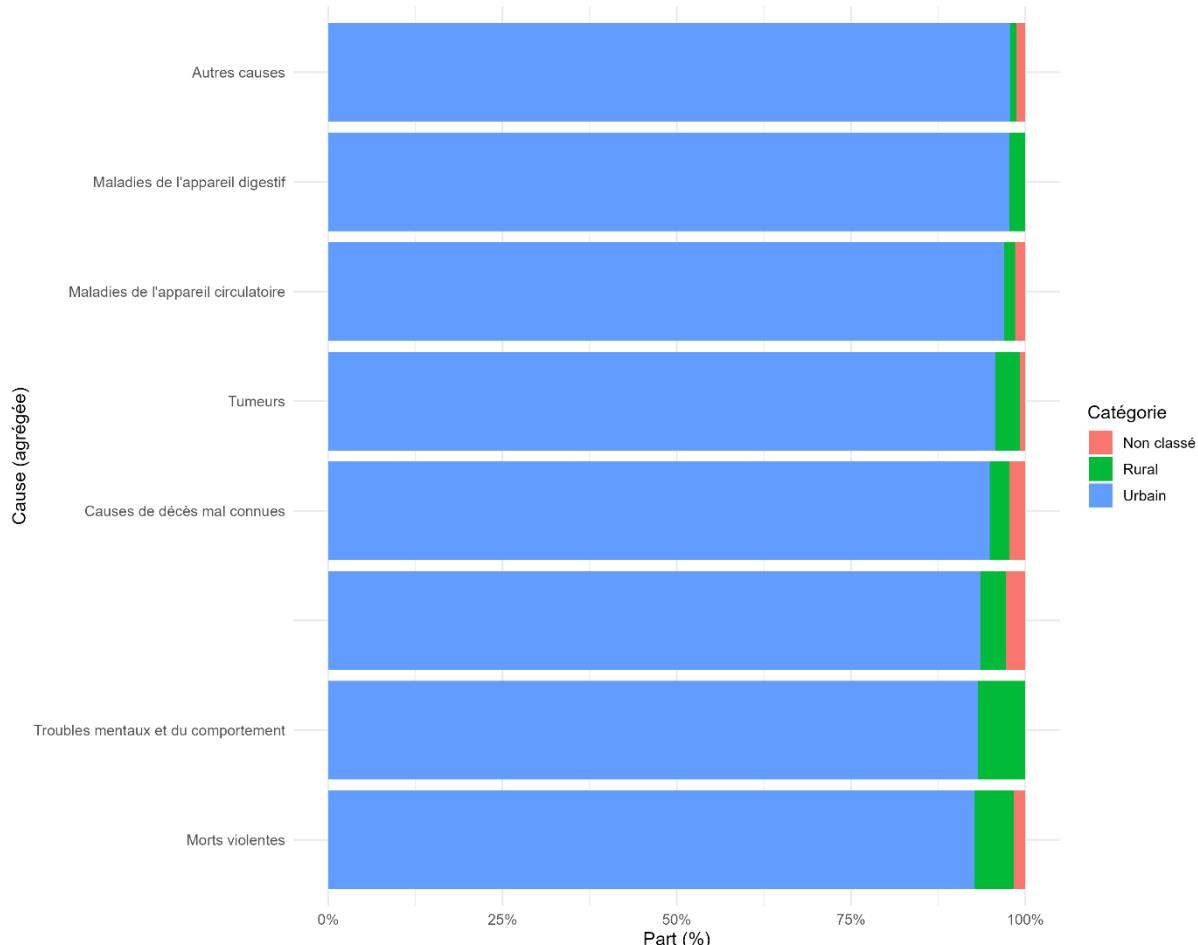


On peut également s'intéresser aux causes de décès. Sont-elles les mêmes selon la typologie de l'INSEE ? Les parts rural/urbain varient peu d'une cause à l'autre, ce qui traduit un profil géographique globalement stable des décès recensés.

Les écarts les plus marqués concernent les « Troubles mentaux et du comportement » (93,2 % urbain, 6,8 % rural) et les « Morts violentes » (92,8 % urbain, 5,6 % rural). Pour les autres groupes, le rural reste très minoritaire : « Tumeurs » 95,7 % urbain / 3,5 % rural ; « Maladies de l'appareil circulatoire » 96,9 % / 1,6 % ; « Maladies de l'appareil digestif » 97,8 % / 2,2 % ; « Autres causes » 97,8 % / 0,9 %.

La catégorie « Causes de décès mal connues » se distingue par une légère hausse de la part « non classée » (94,9 % urbain, 2,8 % rural, 2,2 % non classé). Cela peut signaler davantage d'informations manquantes ou de difficultés de codage/repérage géographique dans ces situations, sans modifier toutefois l'ordre de grandeur général dominé par l'urbain.

Figure 25 - Cause de décès de personnes sans chez-soi selon la zone géographique (2012 - 2024)



Après avoir décrit la typologie INSEE des communes de décès, l'examen de la typologie des communes de naissance n'a pas été possible. L'objectif n'était pas d'établir un lien causal entre les deux, mais de caractériser l'ancrage d'origine des personnes décédées dans une optique descriptive. Malheureusement, les données sont moins fiables, certains codes commune n'étant pas reconnus et les personnes nées à l'étranger n'étant pas prises en compte.

Pour conclure, on constate que la géographie des décès recensés reste très majoritairement urbaine, et ce de façon stable quel que soit le découpage temporel : plus de 9 décès sur 10 surviennent dans des communes classées « urbaines ». Plusieurs facteurs se combinent probablement : concentration des personnes sans chez-soi en ville, densité des dispositifs d'aide et, côté CMDR, maillage de partenaires plus dense et plus réactif en milieu urbain. Le rattachement INSEE de la commune de décès a pu être établi pour près de 98 % des cas, ce qui conforte la robustesse de la lecture urbain/rural de l'étude.

Elle ne signifie pas pour autant que la mortalité en rural serait marginale : elle existe, elle persiste et elle structure certains profils de situations. Le rural n'est pas homogène : les communes sous influence d'un pôle se distinguent des espaces véritablement autonomes et très peu denses. Dans les premières, la proximité des centres urbains crée des continuités de parcours (hébergement temporaire, passages en structures, densité des associations), alors que dans les secondes, l'éparpillement résidentiel et la faiblesse de l'offre compliquent le repérage comme l'accès aux soins et à l'hébergement. Lire « urbain/rural » exige donc d'articuler densité, accessibilité et maillage associatif.

Les contextes de décès s'alignent sur ces réalités territoriales : l'urbain concentre davantage les décès survenant dans ou autour des institutions et des dispositifs d'hébergement, tandis que le rural apparaît plus souvent dans des situations de rue ou d'habitat diffus. Les profils d'âge évoluent de façon cohérente avec cette distribution : l'urbain rassemble plus de décès à des âges jeunes, quand le rural pèse davantage sur

des âges plus avancés, avec toutefois des effectifs parfois limités dans les catégories les moins denses appelant à être prudent dans les conclusions.

Plusieurs limites doivent être gardées à l'esprit. Le recensement est probablement plus complet en ville en raison de relais plus nombreux et de chaînes de signalement mieux rodées. Certains territoires ruraux cumulent, à l'inverse, invisibilité sociale, isolement géographique et sous-déclaration. La qualité du chaînage géographique s'est renforcée mais les "non classés" et les cas difficiles à localiser rappellent la nécessité de poursuivre l'amélioration des sources et des procédures.

Gaston, 72 ans

Gaston est né et est décédé en Dordogne, il avait 72 ans. Il est décédé dans un hall d'immeuble en hiver, de mort naturelle. Gaston avait vécu avec sa mère, et lorsqu'il s'est retrouvé seul, il a essayé de rester dans le logement, sans succès. Cela a été le début de son errance. Gaston nous a été décrit comme un « routard », qui vadrouillait autour de la Corrèze, de la Dordogne et de la Haute-Vienne, tout cela pendant 20 ans. Il était très solitaire et mystique, et il n'allait pas au-delà de relations brèves avec autrui.

Peu de temps avant son décès, Gaston avait vécu à un moment dans un village du Périgord, où il avait noué un lien d'amitié avec une dame. Il vivait dans une chapelle, avant de revenir dans sa Dordogne natale où il dormait dans des halls d'immeuble ou à des arrêts de bus, en refusant toutes propositions d'hébergement. Gaston avait des problèmes de santé mentale, et n'était plus suivi pour cela depuis sa jeunesse. Il était accompagné par une tutelle. Gaston avait un neveu, croisé par hasard à son retour en Dordogne. Sa petite-nièce a alors commencé à lui rendre visite. A son décès, sa famille a pris en charge ses funérailles.

Nouvelle-Aquitaine

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Etude des sources de signalements de décès au Collectif les Morts de la Rue

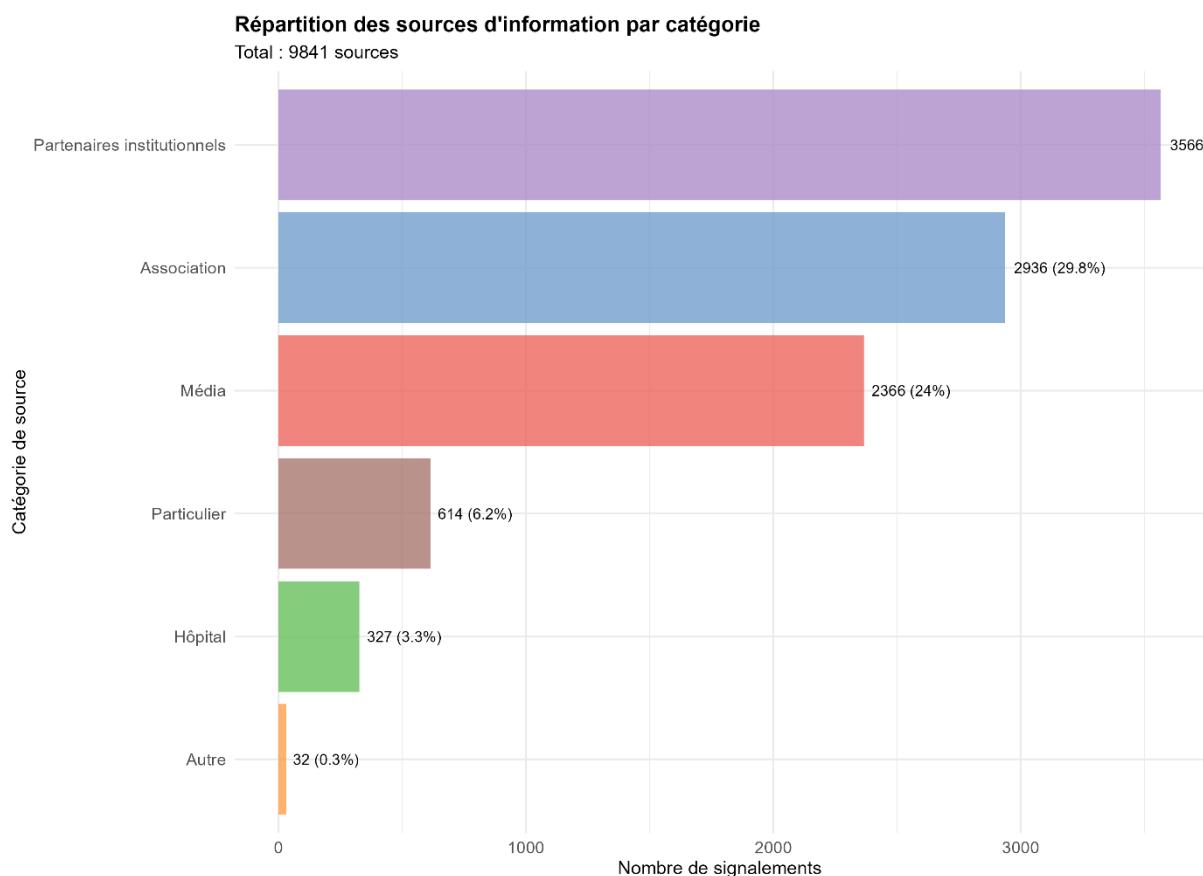
Comme indiqué dans les premiers chapitres, le travail du Collectif se base sur les signalements de décès de personnes sans chez-soi ou anciennement sans chez-soi. Ce travail de veille est tantôt un recueil d'informations (le CMDR est prévenu d'un décès), tantôt une recherche de l'information (veille médiatique, circulation d'informations avec les partenaires...).

Les sources d'informations sur les décès sont à chaque fois renseignées et enregistrées. Un travail plus long de recherche d'informations complémentaires est par la suite mis en place par les enquêteur·ices, mais cette première entrée reste capitale. Ce chapitre va porter sur ces sources d'informations, pour la période 2012-2024.

Au total, près de 10000 signalements ont été recensés, un même décès pouvant nous être signalé plusieurs fois. Trois blocs structurent l'entrée d'information : les partenaires institutionnels en premier (36,2 %), puis les associations (29,8 %), et les médias (24,0 %). Les contributions des particuliers (6,2 %), des hôpitaux (3,3 %) et de « autre » (0,3 %) sont beaucoup plus modestes. Autrement dit, près de sept signalements sur dix proviennent du réseau institutionnel-associatif, un sur quatre des médias.

Dans le détail, la place centrale des partenaires institutionnels renvoie aux canaux administratifs et opérationnels (ex. 115/Samu social, institut médico-légal (IML), mairies/état civil/CCAS, police-BRDP, coordination de maraudes, etc). Le bloc « Association » agrège les structures d'accompagnement des morts de la rue présentes dans différentes villes, d'hébergements, de maraudes, de soins et de services dédiés aux personnes sans domicile, plus des signalements « sans précision ». Les « Médias » constituent un apport conséquent et continu de cas repérés par veille de l'équipe du CMDR. Les « Particuliers » regroupent les signalements de proches, de familles ou d'habitants ; l'« Hôpital » couvre les signalements issus de services de soins hospitaliers et de services sociaux hospitaliers.

Figure 26 - Signalement de décès par catégories (2012 - 2024)



Dans le détail, on constate trois sous-catégories principales : les médias (24 % des signalements), le 115/Samu social (12 %) et les associations d'accompagnement des morts de la rue (11 %). Viennent ensuite deux blocs associatifs importants : l'hébergement (6 %) et les services pour personnes sans domicile (6 %).

Au sein des institutionnels, la moitié des signalements se concentre sur deux entrées très larges, « PI – Autre » (11 %) et « Institutionnels sans précision » (5 %), ce qui limite la finesse de lecture. Du côté des associations, l'essentiel repose sur trois postes bien identifiés : accompagnement, hébergement, services, tandis que les maraudes ne représentent que 4 %.

Tableau 11 - Sous catégories des sources de signalement de décès (les 10 plus importantes)

Source	Nombre	%
Média	2366	24%
PI - 115/samu social	1205	12%
PI - Autre	1057	11%
Association - accompagnement des morts de la rue	1048	11%
Association - hébergement	590	6%
Association - service pour personnes sans domicile	564	6%
Particulier - Autre	501	5%
Partenaires institutionnels	475	5%
PI - Convention Morts Isolés Ville de Paris	439	4%
Association - maraudes	344	3%

Les sources de signalement des décès ont évolué au fur et à mesure du temps, notamment grâce au travail de partenariat institutionnel et de conventionnement mis en place entre le Collectif les Morts de la Rue et des associations (SIAO, institutions publiques etc.). Ceux-ci représentaient moins d'un cinquième des signalements en début de période, mais approchent aujourd'hui la moitié des entrées. Cette progression traduit l'ancrage croissant du travail avec les dispositifs d'urgence, les services administratifs et les conventions locales.

En parallèle, la part relative des associations recule. Elles constituaient au départ la première source de signalement, avec plus de 40 % des entrées, et ne représentent plus qu'un quart environ dans les dernières années. Cette baisse doit être lue comme un rééquilibrage : les associations restent actives et présentes, mais leur poids relatif s'est réduit face au développement du maillage institutionnel.

Les médias, pour leur part, occupent une place relativement stable, entre un cinquième et un tiers des signalements selon les années. L'important travail de veille médiatique de l'équipe salariée fait que cette source perdure dans le temps, avec des fluctuations conjoncturelles : un creux en 2022 suivi d'un rebond marqué en 2024. Cette source présente toutefois des spécificités : elle introduit un biais dans la nature des décès signalés, les médias rapportant plus souvent des décès violents ou spectaculaires. En contrepartie, elle permet de repérer des décès survenus dans des territoires plus ruraux ou éloignés, moins bien couverts par le réseau partenarial habituel du dispositif.

Les contributions des particuliers et des hôpitaux demeurent minoritaires. Les particuliers représentent régulièrement 6 à 10 % des signalements, traduisant l'implication ponctuelle de proches, de familles ou de témoins. Les hôpitaux apportent entre 3 et 6 % des signalements selon les années, confirmant leur rôle secondaire mais complémentaire dans le dispositif global.

En somme, l'évolution du profil des sources illustre un déplacement progressif vers une structuration institutionnelle et conventionnelle des flux d'information, sans effacer le rôle historique des associations ni celui, plus diffus mais constant, des médias et des particuliers.

Figure 27 - Evolution de la répartition des catégories de source par année



Si l'on compare les régions, on se rend compte qu'il existe de fortes différences en ce qui concerne les sources de signalement. Certaines régions ont des sources plus orientées institutionnelles. L'Île-de-France est emblématique : 51 % des signalements viennent des partenaires institutionnels, devant les associations (24 %), les particuliers (9 %) et les médias (8,5 %), l'hôpital représentant 7 %. Ce poids institutionnel élevé s'observe aussi, quoique moins marqué, en Nouvelle-Aquitaine (32,8 % institutionnels contre 33,5 % médias et 26 % associations) et en Bourgogne-Franche-Comté (35,5 % institutionnels, 41,3 % médias).

D'autres régions ont des sources davantage liées aux liens associatifs : Grand Est (55,4 % associations, 23,7 % médias, 14,5 % institutionnels), Pays de la Loire (52,3 % associations, 33,7 % médias, 11,6 % institutionnels), PACA (39,6 % associations, 31,1 % institutionnels, 24 % médias), Auvergne-Rhône-Alpes (42,9 % associations, 29,6 % institutionnels, 22,7 % médias) et Normandie (38,3 % associations, 32,9 % médias, 23 % institutionnels). Pour la Bretagne et l'Occitanie, la répartition est relativement équilibrée, avec un trio associations-médias-institutionnels oscillant autour de 30 % chacun (Bretagne : 34,6 % / 33,1 % / 29,3 %; Occitanie : 32 % / 36,5 % / 25,6 %).

Enfin, d'autres ont avant tout des sources « médiatiques » : les Hauts-de-France se distinguent par une prédominance des médias (53,3 %), devant les institutionnels (22,3 %) et les associations (22,2 %). Même situation en Centre-Val de Loire (47,2 % médias) et en Corse (51,5 %). En Outre-mer, la place des médias est souvent très élevée : La Réunion (56,2 %), Martinique (57,9 %), Mayotte (66,7 %), Guyane (81,8 %). Guadeloupe et Saint-Martin affichent 100 % médias mais sur de très faibles effectifs. À l'inverse, la Nouvelle-Calédonie montre un profil atypique très associatif (85,7 %), mais le nombre de décès y est également limité.

Ce paysage suggère des circuits d'alerte différenciés : territoires très conventionnés et outillés (IDF) où l'institutionnel connaît et est connu du Collectif ; territoires où le maillage associatif demeure la porte d'entrée principale (Grand Est, Pays de la Loire, PACA, AURA) ; territoires où la veille presse structure la détection (Hauts-de-France, Centre-Val de Loire, Corse et une large part de l'Outre-mer). Les parts « particuliers » restent modestes partout (souvent entre 2 et 10 %), et l'hôpital ne dépasse qu'exceptionnellement 5-7 % (principalement en IDF). Il faut néanmoins garder en tête que les volumes de décès signalés restent très différents d'une région à l'autre.

Figure 28 - Proportion des catégories de source par région (2012 – 2024)

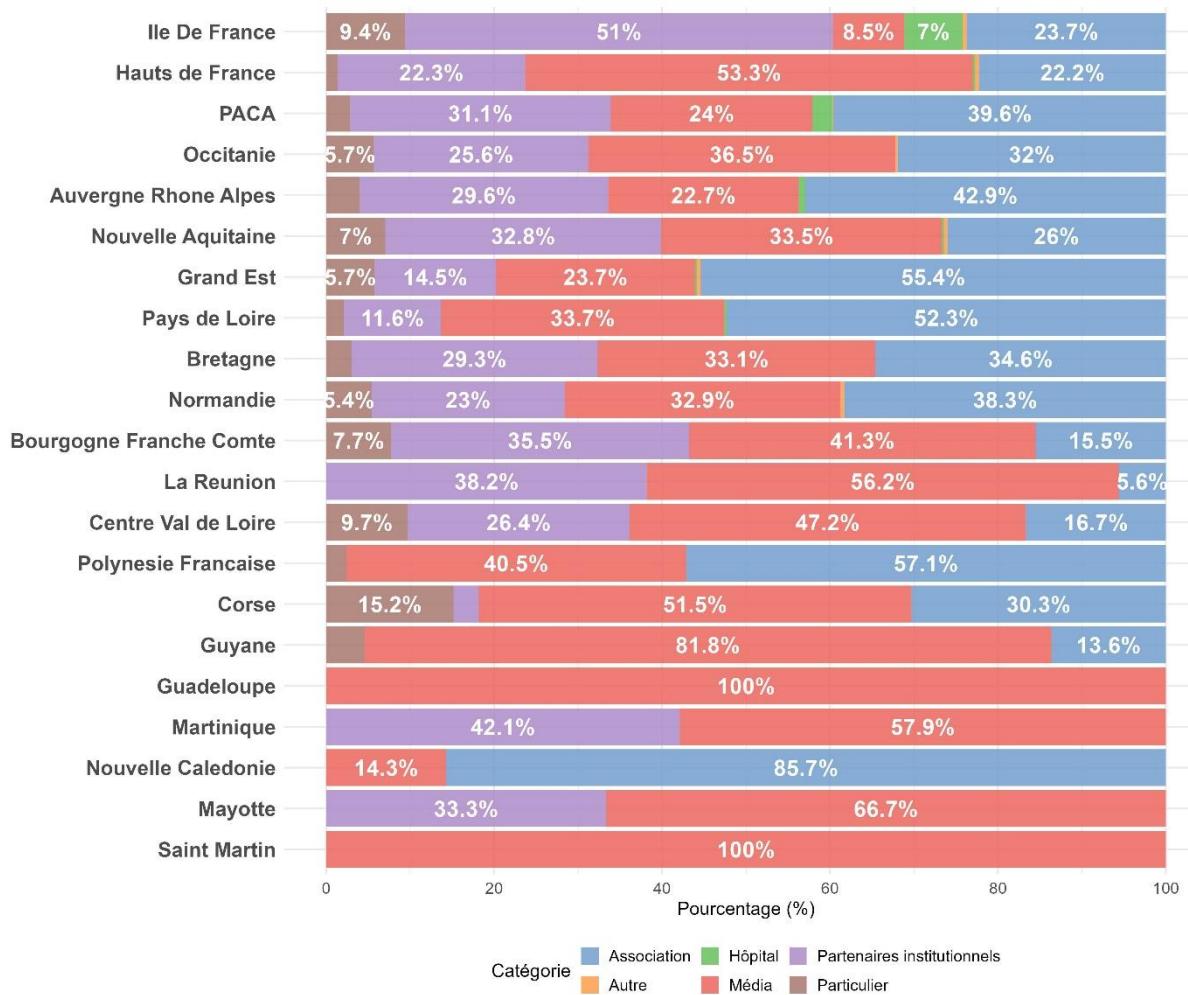
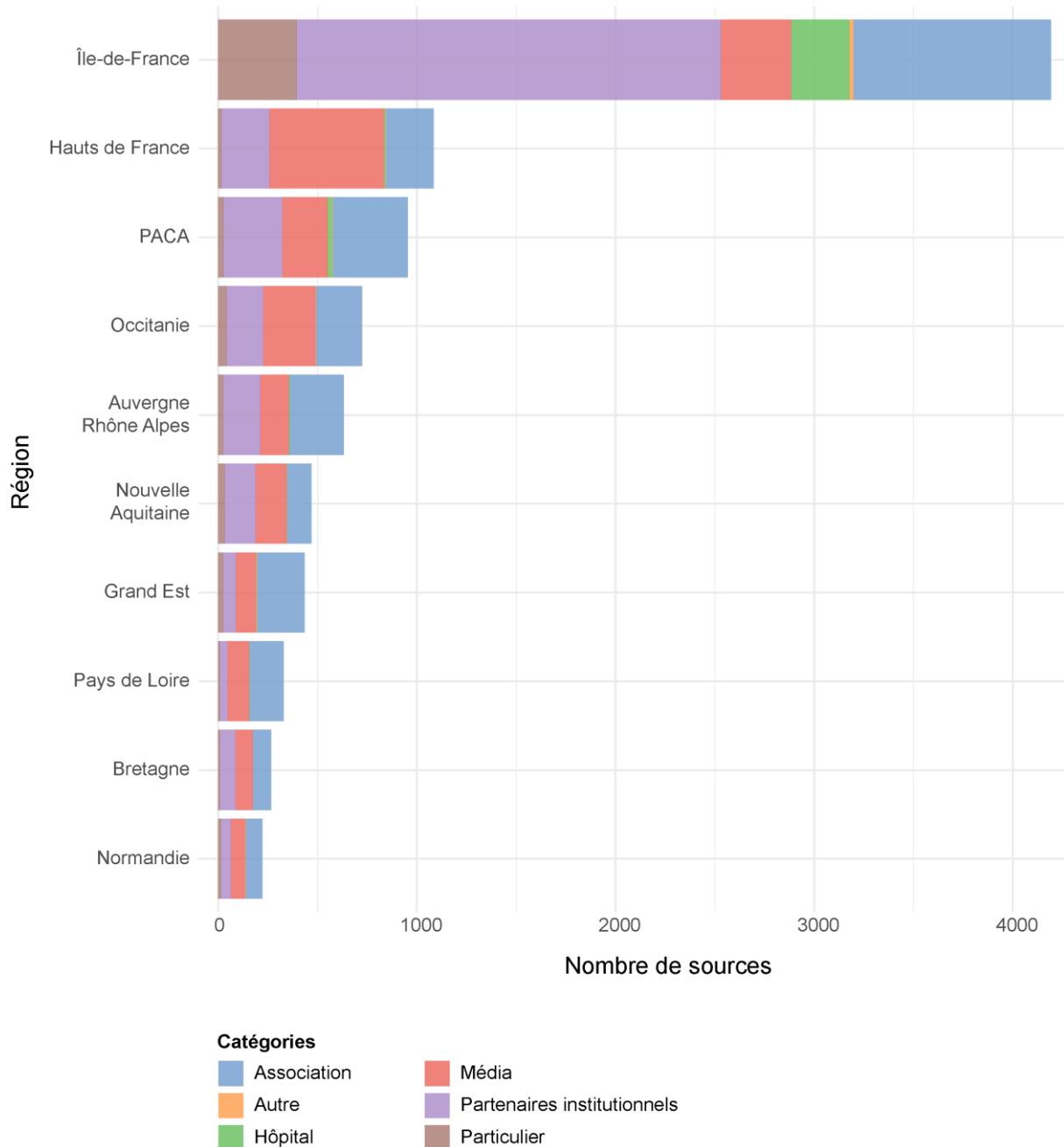


Figure 29 - Nombre de sources par région (2012 – 2024)



Le dispositif de recensement repose sur un ensemble de sources complémentaires : associations, partenaires institutionnels, médias, particuliers et, plus ponctuellement, établissements de santé. Cette pluralité est un atout majeur : elle permet de documenter des décès très différents et d'améliorer la confirmation des informations grâce aux recouplements. Les associations et les équipes de terrain constituent l'ossature du signalement, tandis que les partenaires publics consolident l'information administrative et que la presse joue un rôle de veille sur les événements soudains ou violents.

Cette architecture n'est pas homogène selon les territoires. Les grandes agglomérations bénéficient d'un maillage dense (maraudes, structures d'hébergement, services sociaux), ce qui favorise des remontées plus régulières. À l'inverse, dans les zones peu denses, le repérage dépend davantage de réseaux associatifs plus fragiles et de relais moins formalisés ; la presse locale y devient souvent une source pivot. Autrement dit, la qualité et la rapidité du signalement reflètent autant l'organisation locale de l'aide que la dispersion géographique des situations de grande précarité. Cela dépend aussi du réseau créé avec tel ou tel territoire.

Et il suffit parfois d'un changement d'interlocuteur (mutation, départ en retraite) pour qu'un lien disparaisse et qu'une source s'épuise.

Les profils de signalements varient aussi selon les contextes de décès. Les décès en institution (hébergement, hôpital, établissements médico-sociaux) remontent plus fréquemment via les professionnels et les partenaires institutionnels. Les décès survenant en rue ou en habitat très précaire sont d'abord signalés par les associations, les maraudes et, parfois, des particuliers. Les événements violents ou accidentels font davantage l'objet de mentions médiatiques, qui servent alors de déclencheur d'enquête.

Koffi, 56 ans

Koffi était originaire du Ghana. Nous ne savons pas quand il est arrivé en France, le seul indice étant un titre de séjour périmé et expiré depuis une dizaine d'années retrouvé à son décès dans son manteau. Koffi était probablement sans chez-soi depuis son arrivée en France. Il aurait eu une compagne, et aurait vécu en Bretagne. En 2023, un signalement sur la situation sanitaire de Koffi avait mené à son admission en LHSS*, afin de soigner ses problèmes de gale. Koffi est resté huit mois dans ce LHSS, avant de refuser une orientation en SPADA* et de retourner en rue. Début janvier 2024, Koffi a été de nouveau hébergé en LHSS sur décision du centre de crise grand froid. Koffi est décédé au sein du LHSS, à 56 ans. Aucun droit n'était ouvert et Koffi ne disposait d'aucune ressource. Il ne communiquait pas verbalement, et restait à fumer dans son lit toute la journée. Ce second séjour en LHSS a suscité des améliorations comportementales. Les obsèques de Koffi ont été prises en charge par la ville du lieu de décès, où il a été inhumé en présence de l'équipe du LHSS.

*LHSS : *lit halte soins santé*

*SPADA : *structure de premier accueil pour les demandeurs d'asile*

Centre-Val-de-Loire

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

DISCUSSION

Décès et vulnérabilité

En 2024, le Collectif Les Morts de la Rue a recensé 1 022 décès au total, dont 912 concernaient des personnes sans chez-soi. Cette hausse par rapport à 2023 s'inscrit dans une tendance d'augmentation continue et tient à la fois à la dégradation des conditions de vie et à une amélioration du recensement. Les profils demeurent très masculins (à peu près 83 % d'hommes) et l'âge au décès reste tragiquement bas : 47,7 ans en moyenne, contre 79,7 ans dans la population générale. Seule une personne sur huit décède après 65 ans, illustrant une surmortalité prématuée massive.

Sur le plan de la santé, la part des causes « mal définies ou inconnues » recule en 2024 (près de 4 décès sur 10), ce qui améliore la lecture globale sans lever toutes les incertitudes. Les causes externes restent à un chiffre élevé et stable (à peu près 17 %), avec une progression marquée des noyades (de 2 % à 5 %), en lien avec une meilleure couverture de certains territoires littoraux. Les expositions environnementales demeurent présentes (froid : 17 cas ; incendies : 15 cas). Les maladies de l'appareil circulatoire pèsent autour de 6 %, un niveau voisin de celui des années précédentes.

Conditions de vie, territoires et errance

Les lieux de décès prolongent cette lecture. L'espace public et ses abords concentrent une grande part des décès liés aux situations de rue, tandis que les structures d'hébergement et les institutions (hôpitaux, établissements médico-sociaux) rendent compte d'un autre versant de la mortalité, marqué par des allers-retours entre soins et précarité. Les décès survenant « à la sortie d'institutions » apparaissent comme des moments critiques, révélant des fragilités dans la continuité d'accompagnement. Dans ce paysage, la catégorie « probablement sans chez-soi » signale surtout des cas pour lesquels l'information disponible ne permet pas de trancher entre hébergement, rue et habitat diffus. C'est un rappel de la nécessité de renforcer la qualité des signalements.

S'agissant de l'errance, les distributions d'âge suggèrent que les décès à errance très récente concernent davantage des personnes plus jeunes, quand les parcours au long cours s'observent plus souvent chez des personnes décédées à des âges plus avancés ; ce gradient, déjà décrit les années précédentes, demeure en 2024. Il renforce l'intérêt d'interventions ciblées selon la durée d'errance : prévention des traumatismes et des consommations à l'entrée dans l'errance ; continuité des soins, accompagnement somatique et psychiatrique pour les parcours de longue durée.

La géographie des décès demeure très largement urbaine et stable dans le temps. Elle reflète à la fois la concentration des personnes sans chez-soi dans les agglomérations, la présence d'une offre d'aide plus dense (hébergement, maraudes, soins) et des circuits de signalement mieux structurés. Pour autant, la mortalité recensée ne se limite pas aux grandes villes : une part constante des décès survient hors des pôles urbains, rappelant que la précarité résidentielle traverse l'ensemble du territoire, avec des dynamiques propres aux zones littorales, périurbaines et aux espaces de faible densité.

S'agissant des sources de décès (sources de signalement), le dispositif repose sur un faisceau de contributeurs (associations, partenaires institutionnels, établissements, médias et particuliers) dont la complémentarité améliore la détection, le recouplement et la qualification des cas. Les grandes villes et régions denses bénéficient d'un maillage plus serré. A l'inverse, dans les zones peu denses, la presse locale et les réseaux informels pèsent davantage, avec des délais et une complétude variables.

Limites

Le recueil des décès effectué par le Collectif Les Morts de la Rue n'est toujours pas exhaustif en 2024, et il est certain qu'un nombre significatif de décès échappe encore à notre surveillance, malgré l'amélioration continue du système de recensement. Les tendances observées, comme l'augmentation du nombre de décès, ne reflètent peut-être pas l'évolution réelle de la mortalité des personnes sans chez-soi. Il reste difficile d'estimer précisément le nombre de décès annuels dans cette population extrêmement marginalisée. En effet, pour certains décès signalés, il nous est impossible de retrouver des éléments sur la vie de la personne, malgré les efforts de l'équipe des enquêteurs et enquêtrices de l'étude épidémiologique.

La diversité des sources de signalement – qu'il s'agisse des associations, des institutions ou des médias – et la temporalité des signalements peuvent également introduire des biais dans les profils des personnes décédées recensées. Les décès signalés par les médias sont souvent ceux liés à des causes externes, telles que les accidents ou les violences, créant un biais dans la représentation des causes de décès.

Les informations manquantes dans de nombreux cas, notamment concernant le parcours de vie des personnes décédées, leurs conditions de vie réelles ou leurs troubles de santé, posent des défis méthodologiques supplémentaires. Le recueil des données se base sur des témoignages indirects (associations, intervenants sociaux, ...) qui peuvent être incomplets ou biaisés par la nature des relations qu'ils entretenaient avec la personne décédée.

Perspectives

Afin de répondre aux enjeux d'exhaustivité et de fiabilité des données, la surveillance de la mortalité par le CMDR continue de se renforcer. Le développement de partenariats plus étendus, notamment avec les SIAO⁴⁴, ainsi qu'une collaboration accrue avec des organismes de santé publique et des acteurs de terrain, nous permet d'élargir la couverture géographique et sociale des décès recensés. L'évolution du logiciel de recueil des données et du questionnaire permettra un recensement plus facile, et au plus proche des problématiques actuelles.

Enfin, nous avons toujours pour projet un travail en partenariat avec les institutions publiques, notamment l'INSERM, pour étudier à nouveau la représentativité de notre enquête.

⁴⁴ Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation est un dispositif départemental en France qui coordonne et gère l'orientation des personnes sans-abri ou en grande précarité vers des solutions d'hébergement d'urgence, de réinsertion ou de logement adapté.

BIBLIOGRAPHIE

- Girard, V., Estecahandy, P., and Chauvin, P. La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. 2009.
- Insee. Revenus et patrimoine des ménages. Insee Références, 2024.
- ATD Quart Monde - France. Premier bilan des expérimentations RSA.
- UNICEF, FAS. Baromètre « Enfants à la rue » 2024. 2024.
- Housing Rights Watch. La Rapporteur spéciale de l'ONU sur le droit au logement convenable publie son Rapport final sur la réalisation du droit au logement convenable.
- Insee. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Disponible en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>.
- Insee. Enquête sans domicile 2025
- Rapport du Sénat - Les relations entre l'Etat et les gestionnaires de structure d'hébergement - <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-relations-entre-letat-et-les-gestionnaires-de-structures-dhebergement>
- Rapport du Sénat - Femmes sans abri, la face cachée de la Rue, https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1_mono.html?
- Fondation Abbé Pierre. 29e rapport sur l'état du mal-logement en France. 2024. Disponible en ligne : <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/29e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2024>.
- Vuillermoz, C., et al. Estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France, 2008-2010. Disponible en ligne : https://www.researchgate.net/publication/285164477_Estimation_du_nombre_de_deces_de_personnes_sans_domicile_en_France_2008-2010.
- Mairie de Paris - Rapport sur la Nuit de la Solidarité 2024, <https://www.paris.fr/pages/nuit-de-la-solidarite-2024-25549>?
- Péquignot, Françoise, Alain Le Toullec, Martine Bovet, and Eric Jouglia. La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. CépiDc-Inserm, 2003.
- Charlemagne, A., Courouvre, L., and Bonte, J. Étude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri. Cemka Eval pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), 2011, Report No. 2009-199.
- FEANTSA. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion. 2007. Disponible en ligne : <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

Joakim, 21 ans

Joakim avait 21 ans. Il alternait rue, squat et hébergement amicaux depuis ses 18 ans. Il aurait sans doute eu un parcours de protection avec l'ASE*.

La santé de Joakim était dégradée. Il était amaigri, il avait des problèmes dentaires, et il était usager de produits psychoactifs et d'alcool depuis des années. Une semaine avant son décès, Joakim avait eu un accident de voiture. Il était très abîmé par cet accident, notamment au niveau des jambes. Joakim refusait tout contact avec des structures médicales ou sociales. Aucun droit n'était ouvert. Il avait cependant un médecin traitant, qu'il avait d'ailleurs consulté le vendredi précédent son décès. Joakim est décédé d'une infection grave du cœur chez un ami qui l'hébergeait depuis quelques jours. Ses funérailles ont été organisées par sa mère.

*ASE : aide sociale à l'enfance

Bourgogne-Franche-Comté

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

ANNEXES

Annexe 1 – Sources de signalement

Réseau associatif

De nombreuses associations sont adhérentes du Collectif Les Morts de la Rue (Annexe 8) et le conseil d'administration du CMDR est composé de deux collèges : associations et particuliers. Le collège des particuliers est aussi ouvert aux personnes de la rue et/ou anciennement de la rue. C'est le cas actuellement pour deux administrateurs. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité. De la même façon, certaines associations nationales et les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue ou des morts isolés, qui transmettent généralement les données sur les décès qu'ils apprennent, sont en lien avec de nombreuses associations locales.

Les associations qui signalent les décès au CMDR peuvent le faire avec plusieurs objectifs : aider le CMDR à mieux connaître le nombre de personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées, honorer la mémoire de la personne en faisant apparaître son nom sur le faire-part, dénoncer des dysfonctionnements ou demander de l'aide dans l'organisation des funérailles ou la recherche des proches.

Ce réseau associatif est sollicité au quotidien par l'envoi de mails pour rechercher les proches ou informer d'un décès, par l'envoi de faire-part invitant aux célébrations annuelles (hommage public national chaque année), par l'organisation de formations pour les associations, d'invitations à des groupes de paroles pour les personnes en deuil d'une personne qui vivait à la rue. Ce partenariat au quotidien permet aux associations de mieux connaître le CMDR à qui il communique spontanément les décès appris.

Sources institutionnelles

Certains acteurs institutionnels signalent régulièrement des décès au Collectif Les Morts de la Rue. Dans le cadre de la convention entre la ville de Paris et le CMDR (depuis 2004) pour l'accompagnement des personnes isolées décédées sans chez-soi ou non, les partenaires opérationnels (Institut médico-légal, et Services Funéraires de la Ville de Paris) envoient systématiquement un fax au CMDR pour lui indiquer les noms des personnes isolées décédées qui seront accompagnées à la chambre mortuaire et au cimetière par les bénévoles du CMDR. Parmi ces noms, l'équipe « Proches en deuil » du CMDR recherche pour chaque personne auprès du SamuSocial de Paris, des commissariats, des états-civils d'hôpitaux, des partenaires associatifs (réseau « Connaissez-vous »), les éléments qui permettront de mieux accompagner les défunt. C'est en faisant cette recherche que le CMDR apprend parfois qu'il s'agit d'une personne ayant vécu à la rue. Le CMDR peut apprendre des décès par d'autres sources institutionnelles (police, services, certains 115...), notamment lorsque le CMDR représente pour ces services une aide pour l'identification de la personne décédée ou la recherche de proches. Depuis plusieurs années, des conventions sont signées avec les SIAO des différents départements pour faire remonter des données au Collectif Les Morts de la Rue.

Depuis 2018, la liste anonymisée des décès de personnes sans chez-soi survenus sur la voie publique durant la période hivernale était transmise par la DGCS (46). C'est à présent la DIHAL qui transmet cette liste au Collectif Les Morts de la Rue.

Réseaux sociaux et site internet

Le Collectif Les Morts de la Rue est présent sur les réseaux sociaux, notamment X (ex Twitter), Instagram, LinkedIn et Facebook. Un nouveau site internet est en cours de développement, afin de rendre plus accessibles les activités du Collectif. Cette présence permet au CMDR de se faire connaître d'autres publics et d'être informé régulièrement de décès, de disparitions ou de rumeurs de décès qui seront vérifiées par ailleurs.

Des particuliers

Familles, amis, voisins, riverains, signalent des décès au Collectif Les Morts de la Rue, ou se tournent vers lui pour lui demander soutien.

Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR

abej SOLIDARITÉ
ACCUEIL SERVICE
ACTED
AUTREMONDE
AUX CAPTIFS LA LIBÉRATION
AVAF - Association Varoise d'Accueil Familial
BAGAGERIE ANTIGEL
CAFE ACCUEIL AUX GENS DE LA RUE
CMAO LILLE
CŒUR DU CINQ
COMMUNAUTÉ MAISON DE RETRAITE DES FILLES DU ST ESPRIT
COMPAGNONS DE LA NUIT
DE L'OMBRE A LA LUMIERE
DEPAUL FRANCE
EGLISE PROTESTANTE UNIE DE FRANCE
ENTRAIDE DU FOYER DE L'AME
ENTRAIDE ET PARTAGE AVEC LES SANS LOGIS
EQUIPES ST VINCENT
FONDATION DE L'ARMÉE DU SALUT
FRATERNITÉ DU SERVITEUR SOUFFRANT
LA CLOCHE
LA SOUPE SAINT EUSTACHE
LDH BAGNOLET-LES LILAS
LES ENFANTS DU CANAL
MAISON DE LA SOLIDARITÉ
MARSEILLAIS SOLIDAIRES DES MORTS ANONYMES
MÉDECINS DU MONDE FRANCE
OPPELIA - CHARONNE
PALAIS DU PEUPLE - ARMÉE DU SALUT
PETITS FRERES DES PAUVRES
PROTECTION CIVILE DE PARIS SEINE
ROBINS DES RUES
SECOURS CATHOLIQUE - NANTES
SOCIÉTÉ ST VINCENT DE PAUL
SOCIÉTÉ ST VINCENT DE PAUL - CONSEIL DÉPARTEMENTAL YVELINES
SOLIDARITÉS NOUVELLES POUR LE LOGEMENT
SOS ACCUEIL
VIVRE SON DEUIL POITOU-CHARENTES

Annexe 3 – Associations et Collectifs d’accompagnement des morts de la rue et de l’isolement

Avant la création du Collectif Les Morts de la Rue, des associations ou collectifs accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D’autres collectifs se sont créés au même moment que le Collectif Les Morts de la Rue à Paris ou après. Aujourd’hui, des associations ou collectifs accompagnent les morts de la rue et de l’isolement dans différentes régions métropolitaines ainsi qu’en Belgique (Bruxelles). Ces associations travaillent de manière indépendante et fonctionnent de façon différente les unes des autres. Elles échangent sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter-associatives et lors du Forum annuel des associations et collectifs des morts de la rue et de l’isolement. Les associations et collectifs transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou anonymes, et plus ou moins renseignées.

Auvergne-Rhône-Alpes

Grenoble, « Collectif Morts de Rue et Personnes Isolées Grenoble »

Lyon, « Morts sans Toi(t) »

Villeurbanne, « Morts Dans L'Oubli »

Bourgogne-Franche-Comté

Belfort, « Collectif Les Morts de la Rue du territoire de Belfort »

Bretagne

Brest, « Collectif Dominique »

Réseau Collectif Dignité Cimetières en Ille-et-Vilaine : Bain de Bretagne, Chateaugiron, Chantepie, Fougères, Redon, Rennes, Saint-Brieuc, Saint-Malo, Vern, Vitré, ...

Grand Est

Nancy, « Inhumer dignement nos morts »

Strasbourg, « Grains de sable - Collectif Les Morts de la Rue 67 »

Hauts-de-France

Lille, Collectif « Mémoire et Fraternité »

Amiens, « Collectif SAMARA - Sans-Abris Morts dans l’Abandon ou la Rue »

Normandie

Rouen, « A.R.A.M.I. - Association Rouennaise pour l’Adieu aux Morts Isolés »

Nouvelle-Aquitaine

Bordeaux, Collectif « Morts Isolés »

Pessac, Talence, Gradignan, « Hommage à toute vie »

Limoges, « l’Adieu »

Occitanie

Toulouse, « Goutte de vies, prendre soin de la vie, accompagner la mort »

Provence Alpes-Côte d’Azur

Marseille, « Marseillais Solidaires des Morts Anonymes »

Toulon Collectif Varois Les Morts de la Rue – Toulon

Avignon

Pays de la Loire

Nantes, « De l'Ombre à la Lumière »

Saint-Nazaire

Angers, « Gingko pour les Morts de la Rue et les Personnes Isolées d'Angers »

Annexe 4 – Veille médiatique

Le CMDR effectue une veille médiatique sur internet. Pour cela, il effectue quotidiennement une recherche par mots clés permettant de détecter des articles relatant le décès de personnes sans domicile ou vivant en centre d'hébergement collectif. Cette recherche est réalisée sur le moteur de recherche Google®.

Les mots clés utilisés pour cette recherche sont les suivants :

- « SDF » ;
- « mort SDF » ;
- « décès SDF » ;
- « corps SDF » ;
- « cadavre SDF » ;
- « marginal » ;
- « mort marginal » ;
- « décès marginal » ;
- « corps marginal » ;
- « cadavre marginal » ;
- « sans-abri » ;
- « mort sans-abri » ;
- « décès sans-abri » ;
- « cadavre sans-abri » ;
- « Sans-Domicile » ;
- « décès sans-domicile » ;
- « corps sans-domicile » ;
- « cadavre sans-domicile » ;
- « SDF décédé » ;
- « sans-abri décédé » ;
- « marginal décédé » ;
- « sans domicile décédé » ;
- « mort de la rue » ;
- « morts de la rue » ;
- « mort squat » ;
- « corps squat » ;
- « décès squat » ;
- « cadavre squat » ;
- « mort foyer hébergement » ;
- « décès foyer hébergement » ;
- « corps foyer hébergement... ».

Quotidiennement, les équipes du Collectif Les Morts de la Rue réalisent un tri des résultats obtenus par ces équations de recherche et ajoutent les cas correspondants aux cas à explorer.

Annexe 5 – Fiche de signalement

Collectif Les Morts de la Rue

« En accompagnant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants »

Bureau : 5 rue Léon Giraud 75019 PARIS ; tel 01 42 45 08 01 / 06 18 03 17 63 mortsdelarue@wanadoo.fr

FICHE DE SIGNALLEMENT DU DECES D'UNE PERSONNE « SANS CHEZ SOI »

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT

Département : _____ Commune : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Vous êtes (cochez la case qui correspond) : Association / Institution / Particulier / Autre

Nom de la structure : _____

INFORMATION SUR LE DECES

Appris le _____ Date du décès _____ Commune de décès : _____

Appris par (indiquez comment vous avez appris le décès) :

Souhaitez-vous que cette personne soit sur le site ? Oui / Oui, anonymement / Non / Pas d'opinion

Sur le faire-part ? Oui Oui, anonymement Non Pas d'opinion

INFORMATION SUR LA PERSONNE DECEDEEE

Nom : _____ Prénom : _____ Surnom : _____

Date de naissance : _____ ou Âge : _____ Sexe : Homme Femme

Statut vis-à-vis de la rue* : Sans abri Sans domicile Ancien.ne de la rue* Ne sait pas

Circonstances du décès (veuillez indiquer les circonstances et les causes du décès) :

AUTRES INFORMATIONS

Acceptez-vous d'être recontacté au sujet de cette personne ? Oui Non

Si oui, indiquez des dates et tranches horaires auxquelles nous pouvons vous contacter :

Indiquez les personnes / organismes que nous pourrions rappeler pour avoir plus d'information sur cette personne (indiquez si possible un numéro de téléphone et le nom d'une personne contact dans l'organisme) :

Commentaires libres

* Une personne est considérée comme « **Ancien.ne de la rue** » si au moment du décès, elle était logée (maisons-relais, pensions de famille, résidence sociale, Un Chez soi d'abord, Un logement d'abord) mais qu'elle avait connu un parcours sans domicile.

Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données

IDENTIFIANT : nsp-0000-000

1. INFORMATION SUR L'IDENTITE

Q1. Expliciter situation de logement au moment du décès

Q2. Situation de rue :

- 1 Situation de rue
- 2 Hébergé(e)
- 3 Probablement sans chez soi
- 4 Anciennement sans chez soi
- 5 Isolée
- 6 Récemment à la rue (6 sem.)
- 7 Jamais à la rue
- 9 NSP

Identité

Q3. La personne est-elle identifiée ? Oui Non Ne sait pas

Q4. Sexe : Homme
 Femme
 Trans
 Inconnu

Q5. Prénom : _____

Q6. Nom : _____

Q7. Surnom : _____

Faire-part

Q8. Inscription sur le faire-part ? Non Oui
 Oui, mais de façon anonyme A confirmer

Écriture sur le faire-part : Prénom, Nom, dit Surnom, XX ans

Comment doit apparaître la personne sur le faire-part ? _____

Q9. Explication sur le choix de l'anonymat ou de présence sur le faire-part

Age

Q10. Jour de naissance : ____ Q14. Age : ____

1 <5 ans 2 [5 ; 9] 3 [10 ; 14] 4 [15 ; 19]

Q11. Mois de naissance : ____ Q15. Classe d'âge

5 [20 ; 24] 6 [25 ; 29] 7 [30 ; 34] 8 [35 ; 39]

Q12. Année de naissance : ____

9 [40 ; 44] 10 [45 ; 49] 11 [50 ; 54] 12 [55 ; 59]

Q13. Date de naissance : ____

13 [60 ; 64] 14 [65 ; 69] 15 [70 ; 74] 16 [75 ; 79]

17 [80 ; 84] 18 ≥ 85 ans 99 Ne sait pas

Lieu de naissance

Q16. Pays de naissance : _____

Q17. Nationalité

Française
 Double nationalité dont française
 Apatrie

UE
 Double nationalité dont UE
 Ne sait pas

Hors UE
 Double nationalité non UE

Q18. Commune de naissance en France théorique : _____

Q19. Commune de naissance en France définitive : _____

Lieu de naissance non codé :

Q20. Statut marital : Célibataire Marié/Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Ne sait pas

Q21. Informations libres sur l'identité

2. INFORMATIONS SUR LE DECES

Q22. Statut de l'info : Fin de vie Disparition Rumeur de décès
 Décès infirmé Décès confirmé Ne sait pas

Q23. Décès appris par le Collectif le : _____ **Q24. Acte de décès obtenu :** Oui Non

Si modification du statut de l'info :

Q25. Date de modification : _____

Q26. Statut final retenu : Fin de vie Disparition Rumeur de décès
 Décès infirmé Décès confirmé Ne sait pas

Date de décès

Q27. Jour du décès: _____ **Q28. Mois du décès:** _____ **Q29. Année du décès:** _____

Pays, région et commune de décès

Q30. Décès hors du territoire français : Oui Non *Si NON, pays de décès:* _____

Décès en France

Q31. Commune de décès théorique : _____

Q32. Commune de décès définitive : _____

Q33. Département de décès : _____

Q34. Région de décès : _____

Q35. Sources du décès (plusieurs choix possibles)

Structures	Sens Entrant/Sortant	Structures	Sens Entrant/Sortant
<input type="checkbox"/> Association	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Partenaires institut.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Accomp.morts de la rue	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 115 / Samu social	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Hébergement	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Conv. morts isolés	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Maraudes	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Service pour pers. SD	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Mairie / Etat civil	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Soins	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Police / BRDP	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Coordo maraudes	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> CHAPSA	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> État civil	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Particulier :	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre service	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S		

Précisions source 1 : _____

Précisions source 2 : _____

Q36. Endroit où le décès a été constaté (*) : _____

Q37. Précisions sur le lieu de décès :

Q38. Causes et circonstances du décès :

Q39. Degré de certitude sur la cause de décès : Certain Probable Sans objet NSP

Q40. Type de décès :

1 Violente/Accident 2 Violente/Agression 3 Violente/Suicide 4 Violente/NSP
 5 Maladie/Tumeur 6 Maladie/Autre 7 Maladie/NSP 8 Naturelle soudaine 9 NSP

Q41. Source du décès : 1 Médicale 2 Liée à une source médicale 3 Ni l'un ni l'autre 9 NSP

Q42. Homicide Oui Non Possible NSP

Q43. Suicide Oui Non Possible NSP

Q44. Examen médico-légal demandé Oui Non NSP

CODIFICATION CAUSE MEDICALE DE DECES

Partie 1. Processus morbide ayant entraîné la mort

Ne pas renseigner

Cause initiale

Ne pas renseigner

Q45. Partie 2. Pathologies associées au moment du décès (Ne pas renseigner CIM10)

Pathologie associée 1 : _____

Pathologie associée 2 : _____

Pathologie associée 3 : _____

Pathologie associée 4 : _____

Pathologie associée 5 : _____

Pathologie associée 6 : _____

Q46. Antécédents médicaux connus avant le décès (Ne pas renseigner la CIM10)

La personne avait-elle des antécédents médicaux ? Oui Non NSP

Antécédent médical 1 : _____

Source médical Atcd1 : Oui Non NSP

Antécédent médical 2 : _____

Source médical Atcd2 : Oui Non NSP

Antécédent médical 3 : _____

Source médical Atcd3 : Oui Non NSP

Antécédent médical 4 : _____

Source médical Atcd4 : Oui Non NSP

Antécédent médical 5 : _____

Source médical Atcd5 : Oui Non NSP

Décès simultané d'un proche

Q47. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou < 1 an après un autre décès ?

Non

NSP

Oui , décès d'une personne sans chez soi de la liste

Oui , décès d'une personne sans chez soi hors liste

Oui , décès d'une personne sans chez soi

Oui , décès d'une personne mais ne sait pas statut logement

Si oui : Identifiant du décès simultané dans la liste/base voozanoo : _____

Q48. Lien avec l'autre personne décédée : Ami Famille Couple Cohabitant Autre NSP

Q49. Délai entre les 2 décès en jours : _____

Q50. Précisions sur la simultanéité :

Q51. Informations libres sur le décès

3. MEDICAL

D'autres informations médicales sont-elles disponibles ? Oui Non

Q52. Addictions : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Détails des addictions :

Q53. Alcool : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q54. Drogue : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q55. Médicament : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q56. Tabac : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Précisions : _____

Antécédent mental

Q57. Troubles mentaux (y compris dépression, tentative de suicide) : Oui Non NSP

Q58. Si oui, précisez : _____

Q59. Source médicale : Oui Non NSP

Q60. La personne a-t-elle bénéficié d'une consultation psychiatrique ? Oui Non NSP

Q61. La personne a-t-elle bénéficié d'un traitement psychiatrique ? Oui Non NSP

Hospitalisations

Q62. Hospitalisation au moment du décès : Oui Non NSP

Q63. Précisez : _____

Q64. (Autre) Hospitalisation dans les 12 mois précédent le décès : Oui Non NSP

Q65. Nombre d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois : _____ 999 NSP

Q66. Nombre d'admissions aux urgences au cours des 12 derniers mois : _____ 999 NSP

Q67. Durée de la dernière hospitalisation (au cours des 12 derniers mois) :

moins d'une semaine [1 semaine - 1 mois [[1 et 3 mois [[3 mois et 6 mois [> 6 mois

Q68. Durée de la dernière hospitalisation (au cours des 12 derniers mois) : _____ jours 999 NSP

Q69. Temps entre la dernière sortie d'hospitalisation (y compris urgence) et décès

moins d'une semaine [1 semaine - 1 mois [[1 et 3 mois [[3 mois et 6 mois [> 6 mois

Q70. Suivi médicalement (association, hôpital, ...) : Oui Non NSP

Q71. Précisions sur le suivi médical : _____

Q72. Autres informations médicales _____

4. LOGEMENT

Informations sur le logement ? Oui Non

Q73. Historique lieu d'habitation (où la personne a dormi au moins une nuit) (*)

Lieu 1 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 2 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 3 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 4 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 5 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 6 habitation* : Durée (en jours):

Précisions :

Lieu 7 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 8 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 9 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Lieu 10 habitation* : Durée (en jours):

Précisions:

Q74. Temps d'errance global : Jamais 1 <6mois 6mois-1an [1-5ans[5-10 ans [10ans NSP

Temps cumulé de vie entière	Précis si connu	En classe
Q75. En situation de rue	<u> </u> jours OU <u> </u> mois OU <u> </u> années	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois - 1 an [<input type="checkbox"/> 1 - 5 ans[<input type="checkbox"/> 5 - 10 ans[<input type="checkbox"/> 10ans <input type="checkbox"/> NSP
Q76. En hébergement mais sans logement personnel	<u> </u> jours OU <u> </u> mois OU <u> </u> années	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois - 1 an [<input type="checkbox"/> 1 - 5 ans[<input type="checkbox"/> 5 - 10 ans[<input type="checkbox"/> 10ans <input type="checkbox"/> NSP

Q77. Logement pérenne disponible au moment du décès ? Oui Non Ne sait pas

Q78. Précisions sur le temps passé en situation de rue ou hébergé

Stabilité du lieu de vie	3 mois	1 an
Q79. Nombre de changements choisis de lieu de vie		
Q80. Nombre de changements subis de lieu de vie		
Q81. Nombre de lieux de vie fréquentées (au moins une nuit)		

Q82. Fréquentation Accueil de jour au cours de la dernière année :

Non Oui, ponctuellement Oui, régulièrement Oui, fréquence NSP NSP

Q83. Fréquentation Hébergement d'urgence au cours de la dernière année :

Non Oui, ponctuellement Oui, régulièrement Oui, fréquence NSP NSP

Précisions sur le logement

5. SITUATION ADMINISTRATIVE

Q84. Informations sur la situation administrative au moment du décès ? Oui Non NSP

Situation administrative pour les personnes n'étant pas de nationalité française

Q85. Situation administrative actuelle : Sans objet Régulière Irrégulière Ne sait pas

Précisions : _____

Temps passé en France

Q86. Date d'entrée en France : _____

Q87. Année d'arrivée en France : _____

Q88. Temps passé en France : 1 Jamais 2 Moins de 6 mois 3 [6 mois- 1 an[4 [1-5ans[5 [1-5ans[6 [5-10 ans[
7 10 ans et plus 8 NSP

Q89. Précisions

Q90. Statut de réfugié : Non demandé Demande en cours Obtenu Refusé Ne sait pas

Q91. Francophone : Né parlait pas français Parfait bien le français Parlait un peu le français NSP

Q92. Protection judiciaire

Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle MASP MAJ Autre Oui mais NSP NSP

Q93. Précisions :

Q94. Domiciliation administrative

Aucune Poste Famille Association AS, bureau aide sociale, CCAS Centre hébergement Autre NSP
 Chez lui, elle Ami, tiers Hôtel (hors hôtel social) Oui mais NSP

Q95. Précisions :

Q96. Couverture maladie :

Aucune Sécurité sociale CMU
 AME CMU-C Oui, mais NSP
 PUMA En cours de demande NSP

Q97. Précisions :

Q98. Travail ou activités rémunérées sur les 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)

Aucun Temps plein Temps partiel Arrêt de travail Travail occasionnel NSP

Q99. Précisions travail:

Q100. Parcours professionnel:

Q101. Études les plus élevées Jamais scolarisé Prépa CAP,BEP, Bac pro Collège Primaire
 Lycée générale Lycée technique, pro Supérieur NSP

Q102. Précisions :

Q103. Source(s) de revenus (plusieurs réponses possibles)

Aucune Pension invalidité/rentes RMI/RSA Assedic/chômage Retraite AAH
 Salaire/travail Allocations Fam Mendicité Artisanat, informel Autre NSP

Q104. Précisions :

Q105. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (plusieurs réponses possibles)

Aucun suivi AS secteur/CCAS Permanences d'accueil Associations Maraudes Tutelle Autre nsp

Q106. Précisions :

Q107. Démarches en cours ou abouties récemment (1 an avant le décès) (plusieurs réponses possibles)

Aucune Accès logement Accès soins Papier identité Régularisation administrative
 Liens familiaux Recherche emploi Autre Refus aide NSP

Q108. Précisions :

6. ENFANCE ET FAMILLE

Q109. Avez-vous des informations sur l'enfance ou la famille ? Oui Non NSP

Q110. Sait-on qui a élevé la personne ? Oui Non

Q111. Qui a élevé la personne ?

Ses parents ? Oui Non
Sa mère seule ? Oui Non
Mère + nv compagnon ? Oui Non
Autre membre famille ? Oui Non
Famille d'accueil ? Oui Non
Autre Oui Non

Ses grands parents ? Oui Non
Son père seul ? Oui Non
Père + nvelle compagne ? Oui Non
Autre personne ? Oui Non
Institut ou Foyer ? Oui Non

Q112. Précisions : _____

Q113. La personne a-t-elle été placée (Ddass, ASE, PJJ) ?

NSP Non sans objet, étranger arrive en France après 18 ans oui, principalement en institution ou foyer
 oui mais NSP oui, principalement en famille d'accueil oui, en alternance famille/foyer

Précisions : _____

Famille

Q114. Fratrie: Oui Non Nsp Q115. Nombre de frères et sœurs : ____ Précisions : _____

Q116. Mère Q117. Pays de naissance : _____
Mère en vie
 Oui, encore en vie
 Non, décédée pendant l'enfance
 Non, décédée après la majorité de la personne
 Non, décédée mais ne sait pas quand
 Ne sait pas

Q118. Père Q119. Pays de naissance : _____
Père en vie
 Oui, encore en vie
 Non, décédé pendant l'enfance
 Non, décédé après la majorité de la personne
 Non, décédé mais ne sait pas quand
 Ne sait pas

Q120. Mode de vie

Seul En couple En Famille En groupe Ne sait pas

Q121. Précisions sur le mode de vie : _____

Q122. La personne était-elle en couple au moment du décès ? Oui Non Ne sait pas

Q123. La personne a-t-elle des enfants ? Oui Non Ne sait pas

Q124. Si oui, Nombre d'enfants : ____ Q125. Dont nombre de mineurs : ____ Q126. Dont nombre vivant avec : ____

Q127. Précisions : _____

Liens familiaux

Q128. Au cours des 12 derniers mois, la personne avait-elle rencontré des membres de sa famille ?

Sans objet Oui, au moins 1x/mois Oui au moins 1x/an Non, pas les 12 derniers mois NSP

Q129. Au cours des 12 derniers mois, la personne avait-elle communiqué avec des membres de sa famille par téléphone, sms, internet, courrier, ... ?

Sans objet Oui, au moins 1x/mois Oui au moins 1x/an Non, pas les 12 derniers mois NSP

Q130. Précisions liens familiaux : _____

Q131. Liens sociaux : Oui Non Ne sait pas

Q132. Si oui: Amis Voisinage du lieu de vie Famille Accueil de jour Autre
 Paroisse Cohabiteurs centre hébergement Maraude Structures de suivi social

Q133. Précisions sur les liens sociaux : _____

Q134. Informations libres sur la vie de la personne :

Q135. Activités bénévoles, implications dans activités associatives ou sociales : Oui Non NSP

Q136. Vivait avec un animal : Oui Non Ne sait pas Précisions sur animaux : _____

7. FUNERAILLES

Q137. Informations existantes concernant l'inhumation ? Oui Non NSP

Q138. Date de l'inhumation : _____

Q139. Type de funérailles : Inhumation Crémation Rapatriement NSP

Q140. Lieu des funérailles: _____

Q141. Type de convoi : Convoi individuel Convoi collectif NSP

Q142. Passage par une unité / un institut de médecine légale : Oui Non Possible NSP

Q143. Prise en charge par la ville ? Oui Non NSP

Q144. Quelle ville a pris en charge ?: _____

Q145. Qui a organisé les funérailles ?: _____

Q146. Qui était présent ?: _____

Q147. Autres informations inhumation :

Q148. Compte-rendu de Thiais consulté par l'équipe D&D ?

Oui et questionnaire complété Oui mais pas d'infos A faire Sans objet, pas accompagné à Thiais

Q149. Informations libres sur la vie de la personne, anecdotes, souvenirs,

8. RUPTURE ET SUITE

Q150. Avez-vous des informations sur les ruptures vécues par la personne ? Oui Non

Q151. Sait-on quelles ruptures a connu la personne ? Oui Non

Q152. Quelles ruptures la personne a-t-elle connu dans sa vie ? (plusieurs réponses possibles)

Aucune rupture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Placement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Perte de logement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un parent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie grave	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un frère/sœur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maltraitance pendant l'enfance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un fils/fille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Violences conjugales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un(e) conjoint(et)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Détention	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deuil autre personne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Dettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déménagement/immigration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Addiction substances illicites	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rupture contact avec un parent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Addiction alcool	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rupture contact avec un enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Accident	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Divorce/séparation conjugale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Q153. Précisions :

Q154. Événement ayant conduit la personne à la rue ? (plusieurs réponses possibles)

- Éloignement géographique (hors expulsion et motifs financiers)
- Expulsion de chez un tiers
- Séparation familiale
- Décès proche, famille, ami
- Sortie de détention
- Autre
- Expulsion du logement
- Séparation conjugale
- Travail, chômage, accident du travail
- Maladie grave
- Violences familiales ou conjugales
- NSP

Q155. Précisions :

Q156. Autres informations sur le contexte social

Q157. Informations sur le contexte social

9. CONTACTS

Y a-t-il des personnes contact ? Oui Non

Contact 1

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : Oui Non NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 1 :

Contact 2

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : Oui Non NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 2 :

Contact 3

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : Oui Non NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 3 :

Contact 4

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : Oui Non NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 4 :

10. AVANCEMENT

Avancement du dossier

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> En cours proches | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Clos proches | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> En cours D&D | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Clos d'après D&D | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Relecture | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Double Clôture | Date : _____ |

Histoire de vie détaillée : Oui Non NSP

Précisions sur l'avancement :

Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR

Le recueil de données est rétrospectif et mené auprès de tiers. Il concerne la vie entière de la personne, de l'enfance aux causes et circonstances du décès. Les personnes étant décédées, et le CMDR n'ayant pas eu de contact avec elles de leur vivant, nous devons nous tourner vers des tierces personnes les ayant connues : travailleur social, maraudeur, proche, voisin, ...

Cette méthode de recueil indirecte et rétrospective induit de fait des biais.

Les données démographiques :

Cette partie aborde des informations permettant de croiser la base de données avec d'autres bases de données :

Nom, prénom, surnom, date de naissance, pays de naissance, commune de naissance pour les personnes nées en France.

Une variable « statut » correspondant aux différentes définitions « actuellement en situation de rue », « actuellement hébergé », « probablement « SDF » ou « anciennement « SDF » et une variable permettant d'indiquer si le corps a été identifié.

Pour l'âge, la date de naissance est souhaitée pour calculer l'âge exact et croiser les données du CMDR avec celles de l'Inserm-CépiDC. Toutefois, si la date de naissance exacte est inconnue, il est possible d'indiquer l'âge en années. Si l'âge précis est inconnu et qu'un âge « environ » est indiqué, la variable « âge » n'est pas remplie et la classe d'âge choisie est celle juste au-dessus de l'âge approximatif indiqué.

Dans cette partie est indiquée aussi la nationalité, catégorisée en française, union européenne (UE, au sens des 27 pays appartenant en 2015 à l'UE), hors UE, double nationalité dont française, double nationalité dont UE, double nationalité hors UE.

Les données sur le décès

Cette partie comprend les informations relatives au décès :

- Acte de décès reçu,
- Date de décès,
- Date à laquelle le CMDR a appris le décès,
- Statut final du décès,
- Commune et région du décès,
- Lieu du décès,
- Source ayant signalé le décès au CMDR,
- Cause du décès,
- Source ayant transmis la cause de décès,
- Simultanéité du décès avec un autre,
- Demande d'autopsie.

Le contexte administratif, social et familial

La partie concernant le contexte social est subdivisée en plusieurs parties :

- Situation administrative au moment du décès : cette partie permet de comprendre le mode de vie de la personne au moment du décès et son accès aux droits.
- Enfance : cette partie vise à comprendre le parcours de la personne pendant l'enfance, notamment qui a élevé la personne, si la personne a été placée et le niveau d'études le plus élevé.
- Famille et parcours de vie : cette partie vise à décrire le tissu familial et les liens qui subsistent avec les membres de la famille, ainsi que les ruptures qu'a pu connaître la personne au cours de sa vie. Pour ce dernier point, deux questions ont été posées : une première permet d'indiquer tous les évènements qui ont pu constituer une rupture pour la personne (un décès, une perte de contact, une séparation conjugale, une perte d'emploi ou une maladie grave), quel que soit le moment auquel est survenu l'évènement ; une deuxième permet d'indiquer le ou les évènement(s) qui auraient conduit la personne à une situation de rue.

- Lien social : cette partie permet d'indiquer si la personne bénéficiait d'un suivi social, et si elle possédait des liens sociaux autres que ceux décrits précédemment (autre qu'un compagnon/compagne, famille, ou services sociaux/associations en charge du suivi social).
- Travail/ressources : cette partie concerne le parcours professionnel de la personne, le fait qu'elle ait exercé un travail au cours des 12 mois ayant précédé le décès et les sources de revenu.
- Une dernière question permet d'indiquer si des démarches étaient en cours au moment du décès ou avaient abouti récemment (au cours des 12 derniers mois).

Le logement

Cette partie retrace rétrospectivement les différents types d'habitation de la personne, à partir du lieu d'habitation occupé la veille du décès. Le temps passé en situation de rue y est renseigné, c'est-à-dire comme le temps cumulé vie entière⁴⁵ pendant lequel la personne a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans des foyers d'urgence, et le temps sans logement personnel, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière pendant lequel la personne a dormi dans un lieu conduisant à considérer la personne comme « hébergée ».

Depuis 2015, le questionnaire inclut une dimension de stabilité d'hébergement, comprenant une question sur le nombre de lieux où la personne a dormi au cours des 3 derniers mois et de la dernière année. Une question porte également sur le nombre de changements subis (indépendants de la volonté de la personne) ou choisis (consécutifs à la volonté de la personne).

Les données médicales

Cette partie permet de décrire les antécédents médicaux de la personne, les consommations-addictions, pathologies, troubles mentaux et hospitalisations.

Les contacts

Cette partie permet de lister toutes les personnes ayant eu un contact avec le CMDR au sujet de la personne décédée.

Les données concernant l'inhumation

Cette partie permet de garder une trace de la date et du lieu de l'inhumation, mais aussi du déroulement de l'inhumation (présence de la famille, accompagnement par le CMDR...).

Une partie de commentaires libres

Enfin, une partie de commentaires libres permet de recueillir certaines informations supplémentaires qui pourraient paraître intéressantes. Elle permet aussi de relater des éléments recueillis sur la personne décédée (souvenirs, anecdotes...)

⁴⁵ Le « temps cumulé vie entière en situation de rue » signifie l'addition, sur la vie entière de l'individu, de toutes les périodes pendant lesquelles la personne a été en situation de rue.

Annexe 8 – Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS

ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travailant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'*absence d'un logement*. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

Catégorie opérationnelle		Situation de vie	Définition générique
SANS ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion 3.2 Logement provisoire 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
LOGEMENT PRÉCAIRE	5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)
LOGEMENT INADÉQUAT	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis 8.2 Sans bail de (sous-)location 8.3 Occupation illégale d'un terrain	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal
LOGEMENT INADÉQUAT	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location) 9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes 11.2 Construction non conventionnelle 11.3 Habitat provisoire	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabine de structure semi permanente
	12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.

Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNICEF/EUROSTAT (2006).

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5^e bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

FEANTSA Fédération Européenne d'Associations Nationales Travailant avec les Sans-Abri AISBL
European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR

Tableau 12 - Données de santé des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR en 2024

Variables	Sans chez soi en 2024		Sans chez-soi 2012-2023	
	N= 912		N= 7085	
	n	%	n	%
Suivi médical				
Pas d'information	642	70%	5795	82%
Non	75	8%	329	5%
Oui	195	21%	961	14%
Addictions				
Addiction à l'alcool				
Pas d'information	584	64%	4855	69%
Non	94	10%	319	5%
Ancienne	6	1%	144	2%
Actuel	228	25%	1767	25%
Addiction aux drogues				
Pas d'information	661	72%	5705	81%
Non	142	16%	632	9%
Ancienne	17	2%	111	2%
Actuel	92	10%	637	9%
Addiction aux médicaments				
Pas d'information	731	80%	6219	88%
Non	146	16%	647	9%
Ancienne	2	0%	12	0%
Actuel	33	4%	207	3%
Addiction aux tabac				
Pas d'information	719	79%	5925	84%
Non	80	9%	279	4%
Ancienne	3	0%	34	0%
Actuel	110	12%	847	12%
Etat Psychologiques				
Antécédents médicaux				
Pas d'information	653	72%	5233	74%
Non	102	11%	872	12%
Oui	157	17%	980	14%
Consultation psychiatrique				
Pas d'information	750	82%	6437	91%
Non	71	8%	286	4%
Oui	91	10%	362	5%
Traitements psychiatriques				
Pas d'information	771	85%	6575	93%
Non	94	10%	322	5%
Oui	47	5%	188	3%
Hospitalisation au moment du décès				
Pas d'information	182	20%	2747	39%
Non	508	56%	2750	39%
Oui	222	24%	1588	22%
Hospitalisation (dernière année)				
Pas d'information	738	81%	5840	82%
Non	41	4%	337	5%
Oui	133	15%	908	13%

Tableau 13 – Données relative au placement des personnes sans-chez soi décédées en 2024

Variables	Sans chez soi en 2024		Sans chez-soi 2012-2023	
	N= 912		N= 7085	
	n	%	n	%
Placement durant l'enfance				
Pas d'information	816	89%	6519	92%
Pas de placement durant l'enfance	73	8%	387	5%
Existence d'un placement	23	3%	179	3%
<i>Type de placement</i>				
Non précisé	6	26%	55	31%
En institution	6	26%	58	32%
En famille d'accueil	7	30%	43	24%
En alternance famille - foyer	4	17%	23	13%

Tableau 14 - Suivi administratif des personnes sans chez-soi recensées par le CMDR en 2023

Variables	Sans chez soi en 2024		Sans chez-soi 2012-2023	
	N= 912		N= 7085	
	n	%	n	%
Expérience d'un suivi social				
Pas d'information	478	52%	4621	65%
Pas de suivi social	51	6%	182	3%
Bénéficie d'un suivi social	383	42%	2282	32%
Mise en œuvre de démarches sociales (dernière année)				
Pas d'information	488	54%	4726	67%
Aucune démarche initiée	51	6%	341	5%
Refus de toute aide	17	2%	158	2%
Démarche initiée	182	20%	963	14%
Domiciliation				
Pas d'information	420	46%	3919	55%
Absence de domiciliation	54	6%	417	6%
Bénéficie d'une domiciliation	264	29%	1852	26%
<i>Adresse de domiciliation</i>				
Centre d'hébergement	82	9%	390	6%
Association	79	9%	796	11%
CCAS	54	6%	361	5%
Non précisé	12	1%	193	3%
Autre	10	1%	132	2%
<i>Membre de la famille</i>				
A son propre domicile	14	2%	48	1%
<i>Ami ou connaissance</i>				
2	0%	39	1%	
<i>Hôtel (hors hôtel social)</i>				
3	0%	18	0%	
<i>Poste</i>				
1	0%	2	0%	
Protection juridique				
Pas d'information	555	61%	5056	71%
Pas de protection juridique	132	14%	859	12%
Bénéficie d'une protection juridique	51	6%	273	4%
Couverture santé				
Pas d'information	501	55%	4755	67%
Pas de couverture santé				
30	3%	172	2%	
Bénéficie d'une couverture santé	207	23%	1261	18%

VIVRE
A LA RUE
TUE !

