

Handicap et perte d'autonomie chez les personnes sans domicile

Exploitation secondaire des données de l'enquête
HYTPEAC

Amandine Arnaud, Françoise Riou

Émilie Segol, Charlotte Dion

Rapport final, 31 décembre 2018

Résumé

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

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

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

personnes, rendait une telle aide très improbable). Cependant il existait des différences dans la formulation des réponses, qui ont limité les possibilités de comparaison. Soulignons également une différence de formulation de la question sur les déplacements, qui ne pouvait être aussi précise étant données les conditions de vie des personnes.

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

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

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

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

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

Ces personnes décrivent **avant tout des limitations concernant les déplacements et les « transferts »**². **Près d'un quart d'entre elles ressentait une limitation pour se laver**. Une analyse des correspondances multiples des limitations déclarées par les personnes, couplée à une classification par les K-moyennes, a

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

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

permis de mettre en évidence trois sous-groupes de personnes : celles ne déclarant que très peu de limitations (la moitié de la population), celles déclarant plusieurs limitations touchant surtout la mobilité (plus d'un tiers de la population), et celles déclarant de multiples limitations dont notamment la manipulation des objets (8% de la population).

Le taux de prévalence du ou des problème.s physique.s durable.s limitant les activités quotidiennes est apparu, en analyse multivariée (régression de Poisson), plus élevé chez les femmes, les personnes ayant vécu leur première perte de logement plus d'un an avant l'enquête, celles ayant un niveau d'étude inférieur au brevet, ne percevant pas de ressources fixes, bénéficiant de dons de proches ou d'associations, celles ayant consommé de la cocaïne et/ou du crack au cours de l'année, et celles ayant vu un médecin moins d'un an auparavant. Il augmente avec l'âge des personnes pour toutes les tranches d'âge, et avec le temps écoulé depuis la première perte de logement jusqu'à la classe [3-10 ans[pour diminuer pour la classe « 10 ans ou plus ».

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

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

élevés dans la population HYTPEAC, mais les IC95% se chevauchent. **Les taux de prévalence de la forte limitation sont également nettement plus élevés dans la population HYTPEAC (de 2,5 à près de 5 fois plus) avec des intervalles de confiance disjoints pour toutes les tranches d'âge sauf les 60-69 ans.**

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

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

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

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

Les taux de prévalence des limitations, et des *fortes* limitations (GALI) estimés dans l'enquête VQS2014 étaient respectivement de **26% et 6% pour la tranche d'âge 60-74 ans à l'échelon national, et ils sont un peu plus faibles en Ile-de-France. La proportion des personnes se sentant fortement limitées dans cette population est ainsi nettement plus faible que dans la population HYTPEAC (IC95% compris**

entre 19% et 28%), et ceci bien que les personnes âgées de 60 à 69 ans et celles âgées de 70 ans ou plus, ne représentent respectivement que 10% et 0,5% de cette population HYTPEAC.

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

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

Liste des sigles utilisés

115	Numéro d'urgence 115
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACM	Analyse des Correspondances Multiples
ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
AHI (dispositif)	Accueil, Hébergement, Insertion
AME	Aide médicale d'Etat
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification test
CARE (enquête)	Capacités, Aides et REssources des seniors
CépiDC	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre d'hébergement de stabilisation
CIM-10	10 ^{ème} classification internationale des maladies
CMU	Couverture maladie universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENFAMS (enquête)	Enfants et familles sans logement
ES (enquête)	Etablissements sociaux
HID (enquête)	Handicap, incapacités, dépendance
HS (enquête)	Handicap, Santé
HYTPEAC (enquête)	Hygiène de la tête aux pieds : ectoparasitoses et affections cutanées
IADL	<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
IC	Intervalle de confiance
Ined	Institut national d'études démographiques

Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IReSP	Institut de Recherche en Santé Publique
LHSS	Lits halte soins santé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
MEO	Maraude d'évaluation et d'orientation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
RP	Rapport de prévalences
RSA	Revenu de solidarité active
SAMENTA (enquête)	Santé mentale et addictions chez les personnes sans-logement en Île-de-France
SD (enquête)	Sans domicile
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SIRS (enquête)	Santé, inégalités et ruptures sociales
UE	Union Européenne
VQS (enquête)	Vie quotidienne et santé

Tables des matières

Résumé.....	I
Liste des sigles utilisés	VII
Tables des matières	IX
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Contexte.....	1
1.2. Origines et objectifs du projet	5
2. METHODE	7
2.1. La base de données HYTPEAC	7
2.1.1. Design de l'enquête	7
2.1.2. Données recueillies sur les situations à risque de handicap	8
2.1.3. Autres données recueillies	8
2.2. La base de données HSM2008	9
2.2.1. Design de l'enquête	9
2.2.2. Données recueillies.....	9
2.2.3. Correspondances entre les questions d'HYTPEAC et HSM2008.....	11
2.3. Analyses	13
3. RESULTATS	17
3.1. Rappels sur la participation à l'enquête HYTPEAC	17
3.2. Description de la population HYTPEAC	17
3.3. Approche des situations de handicap dans la population HYTPEAC.....	27
3.3.1. Origine et nature des limitations ressenties (GALI-P)	30
3.3.2. Aides apportées	36

3.3.3.	Identification de profils de limitations/restrictions chez les personnes sans domicile	37
3.3.3.1.	Analyse des Correspondances Multiples	37
3.3.3.2.	Description des groupes issus de la classification	41
3.3.3.3.	Les facteurs liés à l'appartenance à un groupe	47
3.4.	Facteurs associés au ressenti de limitation(s) d'activité (GALI-P)	49
3.4.1.	Quelle que soit l'importance des limitations ressenties	49
3.4.2.	Pour les <i>fortes</i> limitations ressenties	55
3.4.3.	Au total	60
3.5.	Focus sur la(les) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon le sexe.....	60
3.6.	Comparaison aux résultats issus de la base de données HSM2008 restreinte aux 18-85 ans.....	64
3.6.1.	Description de la population issue de la base de données HSMr2008	65
3.6.2.	Approche des situations de handicap dans la population HSMr2008	67
3.6.3.	Origine et nature des limitations ressenties (GALI).....	72
3.6.4.	Les comparaisons « sans-domicile » - population générale dans la littérature scientifique	77
3.6.5.	Les aides apportées (base de données HSMr2008)	77
3.6.6.	Les besoins d'aides sont plus fréquents dans la population HYTPEAC âgée de 45 ans et plus que dans la population HSM âgée de 60 à 85 ans	79
4.	CONCLUSION	83
	Annexes.....	87
	Annexe 1. Module limitation d'activités du questionnaire HYTPEAC, 2011.	89
	Annexe 2. Sélection de questions de l'enquête HSM2008.....	91
	Annexe 3. Correspondances HYTPEAC/HSM2008.....	97
	Annexe 4. Descriptions supplémentaires de la population HYTPEAC	99
	Annexe 5. ACM (HYTPEAC)	103
	Annexe 6. Taux de prévalence estimés de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes maladies chroniques déclarées (HYTPEAC).....	113

Annexe 7. Origine et nature des limitations d'activités parmi les personnes se sentant limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème physique durable, pour chaque sexe (HYTPEAC)..... 115

Annexe 8. Listes des tableaux et figures 119

Références bibliographiques 123

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté en 2001 la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui considère le handicap comme un terme générique désignant les déficiences, les limitations de l'activité et les restrictions à la participation (OMS, 2011). Le handicap est le résultat négatif de l'interaction entre des problèmes de santé (trouble, maladie) d'une part, et des facteurs environnementaux et personnels d'autre part (environnement du logement et accessibilité, environnement familial et aide). Ainsi deux personnes présentant les mêmes problèmes de santé peuvent avoir des types ou degrés de handicap différents selon les milieux dans lesquels elles vivent et leurs caractéristiques personnelles (Brouard, 2004).

Le handicap est aussi une construction sociale propre à chaque pays, qui élabore des critères de reconnaissance des situations de handicap en vue d'identifier les personnes susceptibles de relever de tel ou tel dispositif d'aide ou de prise en charge. Ainsi, la France distingue les politiques en faveur des personnes handicapées et celles en faveur des personnes âgées (le seuil d'âge étant de 60 ou 65 ans selon les aides), cette dernière étant dégagée de tout lien avec la capacité de participer à l'emploi. Ceci conduit à désigner par des termes différents (handicap³ ou perte d'autonomie⁴) des situations qui peuvent ne différer que par l'âge des personnes concernées.

Dans la suite nous utiliserons le terme handicap dans sa définition la plus large, incluant donc la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Les enquêtes nationales Handicaps-Incapacités-Déficiences (HID) (Brouard, 2004), puis Handicap-Santé (HS) (Bouvier, 2011) et plus récemment Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) (Brunel, 2017) rendent compte, pour les personnes vivant à domicile et pour celles vivant en institution, des situations de handicap détaillées de différentes manières : perception globale de limitations des activités quotidiennes liées à un problème de santé durable, type et importance des limitations fonctionnelles et restrictions des

³ Loi du 11 février 2005, article 2 : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

⁴ Capacité à effectuer un certain nombre de tâches de la vie quotidienne, sans assistance extérieure.

activités de la vie quotidienne, versement de prestations liées à la reconnaissance administrative du handicap. En 2002, JF. Ravaud *et al.* (Ravaud, 2002) avaient en effet montré à partir de l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) de 1997 que les populations définies par ces différentes approches ne se recouvraient que partiellement.

Les personnes en situation de handicap sont plus exposées à la pauvreté. Elles doivent faire face à des coûts supplémentaires, dont ceux liés aux soins médicaux (elles sont souvent en moins bonne santé), et leurs ressources issues du travail sont moindres. Néanmoins la relation entre état de santé-handicap et caractéristiques sociales est à double sens ; la chronologie des événements, fortement entrelacés, et les causalités, sont donc difficiles à déterminer. Lorsque leurs besoins en matière d'aide (humaine ou matérielle) ne peuvent être satisfaits faute de ressources (personnelles ou liées à des prestations sociales) suffisantes, une dégradation de l'état de santé général, des limitations d'activités et des restrictions de participation accentuées, et donc une moins bonne qualité de vie, peuvent être observés. Pourtant les dispositifs de compensation prennent insuffisamment en compte l'inégale capacité à surmonter le développement du handicap selon le revenu, les conditions de vie, la culture, l'entourage et les relations (Ravaud, 2003 ; Cambois, 2004).

Les « personnes sans domicile » constituent une population particulièrement exposée aux problèmes de santé du fait de leurs conditions de vie (Barrow, 1999 ; Beijer, 2012 ; Fazel, 2014 ; Hwang, 2001 ; Hwang, 2002 ; WHO, 2004). Pourtant les enquêtes Handicap Santé réalisées auprès des ménages (HSM) ont exclu les personnes sans domicile, et, aucun résultat n'a à notre connaissance été publié à partir des données recueillies dans les Centres d'Hébergement et Réinsertion Sociale (CHRS) lors de l'enquête HS-Institutions. Par ailleurs, les personnes en situation de handicap ne sont que très partiellement repérables dans les enquêtes réalisées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) auprès des établissements sociaux destinés aux personnes en difficulté sociale (enquête ES « Difficulté sociale »), et, dans les enquêtes menées auprès des établissements pour adultes handicapés (ES « Handicap », volet Adultes), les personnes ayant été sans domicile avant leur entrée en institution ne sont pas repérables.

Depuis 1995, l'Insee et l'Insee réalisent régulièrement des enquêtes auprès des personnes sans domicile. Dans ces enquêtes, **une personne est considérée comme étant sans domicile un jour donné si, la nuit précédant l'enquête, elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ou a bénéficié d'un hébergement gratuit ou à faible participation.** (Brousse, 2006). Réalisées auprès de

personnes **francophones**⁵ dormant dans la rue ou dans un centre d'hébergement au moment de l'enquête, et/ou utilisant les services d'hébergement ou de restauration sociale, ces enquêtes ont toutes exploré le versement de prestations sociales de type AAH et pension d'invalidité. Les limitations d'activités perçues ont toutefois été très diversement abordées. Ainsi, l'enquête réalisée en 1995 à Paris *intra-muros*, comportait des questions très précises sur les limitations d'activités et leur importance⁶ (Ined, 1995) tandis que celle réalisée en 2001 au niveau national n'en comportait aucune (seule la fréquence de la perception de l'état de santé et celle des troubles mentaux, des paralysies, et des séquelles d'accident ou de maladies graves, pouvaient être estimées⁷) (Insee, 2006). Celle réalisée en 2012, également au niveau national⁸, comportait, quant à elle, une seule question générale sur les limitations d'activités : « *Etes-vous limité.e, depuis au moins six mois, dans vos activités habituelles (se laver, manger ou marcher) du fait d'un problème de santé ou d'un handicap ?* » (Insee, Ined, 2012).

L'Observatoire du Samusocial de Paris a également mené plusieurs enquêtes de santé auprès des personnes sans domicile adultes francophones en Île-de-France. L'une d'entre elles, réalisée en 2009⁹, portait sur la santé mentale et les addictions (enquête SAMENTA) et comportait une seule question générale sur les limitations d'activités, identique à celle posée dans l'enquête Insee-Ined de 2012 auprès des personnes sans

⁵ En 2012, un questionnaire réduit auto-administré a été proposé aux personnes non francophones. Il a été traduit en 14 langues étrangères et a permis de recueillir les réponses de plus de 1 500 sans domicile non francophones. Cependant la question sur le versement de prestations sociales ne permet pas de distinguer parmi les allocations autres que les allocations familiales et les allocations logement, celles de type AAH et pension d'invalidité des allocations chômage et de longue maladie, la question étant globale. Par ailleurs, la question sur les limitations d'activités perçues n'a, à notre connaissance, pas été exploitée.

⁶ « *Pouvez-vous...*

- *monter un escalier de 2 étages sans vous arrêter ?*
- *vous baisser et ramasser quelque chose par terre ?*
- *rester debout sans bouger pendant 10 minutes, sans problème ?*
- *marcher ¼ h, sans problème ?*
- *soulever un pack de 6 bouteilles pleines d'1 litre sans problème ?*
- *reconnaître quelqu'un que vous connaissez de l'autre côté de la rue (avec ou sans lunettes) ?*
- *suivre une conversation sans que les gens élèvent la voix ?*

Les réponses comportaient les modalités « oui, facilement », « oui, difficilement » et « non ».

⁷ Ces dernières à partir des réponses à la question : « *Etes-vous atteint de l'une des maladies chroniques ou graves suivantes ?* », suivie d'une liste d'une vingtaine de réponses possibles.

⁸ Dans 80 agglomérations de plus de 20 000 habitants de France métropolitaine

⁹ Réalisée auprès des centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation, LHSS, centres d'accueils de jour, points de distribution de repas chaud, CHRS, centres maternels et hôtels sociaux en Ile-de-France

domicile, suivie de deux demandes de précision¹⁰ (Laporte, 2010). Une autre enquête, réalisée en 2011¹¹, portait sur les ectoparasitoses et affections cutanées (enquêtes HYTPEAC) et comportait une question générale sur les limitations d'activités similaire mais restreinte aux seuls problèmes physiques : « *Depuis au moins 6 mois, avez-vous un problème physique qui vous limite dans certaines activités quotidiennes (vous laver, manger, marcher, ...) ?* ». En cas de réponse positive suivaient une question sur la nature du problème physique à l'origine des limitations et une série de questions sur le type de limitations, ces dernières couvrant sept domaines : toilette, alimentation, élimination, transferts, déplacements, souplesse et manipulation d'objets.

Dans la littérature scientifique internationale les situations de handicap en lien avec des problèmes de santé autres que mentaux chez les personnes sans domicile sont très peu investiguées. Des gériatres (Brown, 2012 ; Brown, 2013 ; Cimino, 2015) ont estimé la prévalence des limitations d'activités de la vie quotidienne (de base, et instrumentales), des troubles de la cognition, des incapacités liées à des déficiences sensorielles, de l'incontinence urinaire, de la dépression et de la « fragilité », parmi les personnes sans domicile âgées de 50 à 69 ans accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence de la ville de Boston. Par ailleurs, une seule enquête a été identifiée sur les difficultés d'accès aux services rencontrées par les personnes sans domicile « en mobilité réduite ». Menée en 2005-2006 à Washington, elle a cependant été effectuée auprès d'un petit échantillon, non représentatif, de personnes sans domicile âgées de 18 à 64 ans et ayant des limitations de mobilité (Kehn, 2013).

Au total, les données publiées sur les situations de handicap liées à des problèmes physiques chez les personnes sans domicile sont rares, peu précises, et probablement sous-estimées du fait du biais incontournable lié aux critères d'inéligibilité aux enquêtes qui leur sont spécifiques (personnes dans l'incapacité de donner leur consentement éclairé pour participer du fait de troubles psychologiques, ou de répondre aux questions au moment de l'enquête parce que sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues). A cela, s'ajoute le fait que les enquêtes sur les difficultés d'accès aux services pour les personnes sans domicile sont presque inexistantes.

¹⁰ La première demande si ces difficultés sont dues aux conséquences d'un accident, et la 2ème de préciser : *agression, tentative de suicide, accident de la voie publique, accident type domestique, autre*

¹¹ L'une dans l'espace public parisien, l'autre dans les centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation, d'hébergement et de réinsertion sociale franciliens

1.2. Origines et objectifs du projet

Les situations de handicap, quel que soit l'âge de la personne concernée, constituent une préoccupation de plus en plus prégnante dans les structures d'hébergement, sociales ou médico-sociales, accueillant des personnes sans domicile :

- par la complexité des situations rencontrées, l'enchevêtrement des problèmes sanitaires (physiques et psychiques), financiers et administratifs (perte des papiers d'identité ou absence de titre de séjour en règle) ;
- du fait des blocages que ces situations génèrent (quasi-absence de solutions en aval du séjour pour de nombreuses personnes), les difficultés étant majorées dans les zones à forte tension sur le logement comme l'Ile-de-France.

Ainsi, selon les professionnels du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) et plus précisément des maraudes et du SIAO¹²-Urgences-115 de Paris, le nombre de demandes d'hébergement non pourvues pour des personnes en « mobilité réduite » serait en hausse. L'analyse des fiches d'évaluation remplies par les infirmier.e.s des équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris montre que la fréquence des difficultés à se déplacer, transitoires ou définitives, est en augmentation (40% des évaluations faites en 2014 *versus* 30% en 2010). Les travailleurs sociaux comme les médecins généralistes intervenant auprès de ces personnes s'estiment peu formés à ces problématiques, et considèrent que la complexité des démarches, la lourdeur des documents à produire, parfois les situations de ces personnes sur le plan administratif (domiciliation, domicile de secours, titres de séjour, pertes de papiers d'identité) bloquent les processus d'aide¹³. Enfin, les données d'activité des structures sanitaires et médico-sociales montrent que les personnes se trouvant dans les situations de handicap les plus lourdes sont hébergées en Lits halte soins santé (LHSS) ou en Lits d'accueil médicalisés (LAM), ou parfois à l'hôpital, sur de très longues périodes, en attente de solution. Ceci se traduit par une saturation des lits médico-sociaux et des prises en charge inadaptées aux besoins de ces personnes (locaux peu accessibles et manque de moyens pour leur mise aux normes, mais aussi faibles ratios de personnels, et absence de kinésithérapeutes).

Dans le cadre de son programme de travail sur cette thématique, l'Observatoire du Samusocial de Paris a réalisé une exploitation secondaire des données de l'enquête HYTPEAC, dont le questionnaire comportait

¹² SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (au niveau des départements)

¹³ Informations issues d'échange avec les différents professionnels.

un module, non exploité dans sa totalité, sur les limitations durables, en lien avec un problème physique, éprouvées par les personnes dans les activités quotidiennes. L'objectif de ces analyses est de mieux connaître l'importance de ces limitations éprouvées par les personnes sans domicile, selon leurs caractéristiques socio-démographiques, et identifier les facteurs associés susceptibles de majorer ou d'atténuer les situations de handicap qui en découlent.

L'Observatoire a également pu analyser les données issues de l'enquête Handicap-Santé menée auprès des ménages ordinaires sur l'ensemble de la France en 2008 (HS-Ménages), de façon à identifier les écarts entre les personnes sans domicile enquêtées dans HYTPEAC et la population générale pour la fréquence et la nature des situations à risque de handicap.

Cette recherche a bénéficié de l'aide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) en 2016 (« RIOU-AAP16-Hand7-17 »).

2. METHODE

2.1. La base de données HYTPEAC

2.1.1. Design de l'enquête

HYTPEAC est constituée de deux volets soit deux enquêtes transversales reposant sur des échantillons aléatoires menées successivement d'octobre à décembre 2011, l'une dans l'espace public parisien, l'autre dans des centres d'hébergement franciliens selon une méthodologie déjà employée auprès des sans domicile (Insee, 2006). Les deux volets de l'enquête contiennent chacun un plan de sondage à deux degrés. Notons cependant que contrairement aux enquêtes classiques réalisées auprès des personnes sans domicile, certains services n'ont pas été retenus : d'une part les centres maternels et les hôtels sociaux, car ils accueillent principalement des personnes en famille, exclues du champ de l'enquête, d'autre part les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds, car leur inclusion était rendue inutile du fait de la mise en place de l'enquête dans l'espace public. Les LHSS et les LAM ont également été exclus du champ de l'enquête, afin de ne pas sur-représenter les personnes malades. Ce choix pourrait conduire à l'inverse à sous-estimer la fréquence des situations de handicap, dans cette enquête mais également dans celles menées par l'Insee et l'Ined auprès des personnes sans domicile.

La population cible de l'enquête « espace public » était constituée des personnes ayant dormi la veille de l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation à Paris, incluant les bois de Vincennes et de Boulogne.

La population cible de l'enquête « centres » était composée des personnes rencontrées dans des centres franciliens et ayant dormi la veille de l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation ou ayant bénéficié d'un hébergement gratuit ou à faible participation (Insee, 2006).

Les personnes enquêtées étaient francophones, majeures, non accompagnées d'enfants, en mesure de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude et, par conséquent, de donner leur consentement éclairé.

Les enquêtes ont eu lieu en journée et en soirée. Les deux enquêtes contiennent un plan de sondage à deux degrés. Le protocole est détaillé dans le rapport accessible en ligne :

https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/hytpeac_web_0.pdf

2.1.2. Données recueillies sur les situations à risque de handicap

L'existence de limitations dans des activités quotidiennes a été explorée, comme dans les enquêtes Samenta et SD2012, à partir d'une question synthétique, issue des enquêtes HID mais restreinte aux problèmes physiques : « Depuis au moins 6 mois, avez-vous un problème **physique** qui vous limite dans certaines activités quotidiennes (vous laver, manger, marcher, ...) ? ». Nous l'avons nommé « **GALI-P** » en référence à la dénomination actuelle de la question synthétique qui fait partie du « mini-module sur la santé » des enquêtes européennes (« GALI », pour « *Global Activity Limitation Indicator* ») (Van Oyen, 2018). En cas de réponse positive, la nature du problème physique à l'origine des limitations était demandée, ainsi que le type d'« incapacités », : les neuf premières questions concernaient des restrictions des activités de la vie quotidienne dites essentielles (ou ADL pour *Activities of Daily Living*) (le contrôle des selles et des urines a été classé ici car il fait partie de la grille de Katz (Katz, 1963), et les cinq dernières concernaient des « limitations fonctionnelles » supposées avoir un lien avec le thème central de l'enquête. Ces questions couvraient sept des domaines définis dans le questionnaire HID : la toilette, l'alimentation, l'élimination et les transferts, pour les ADL ; les déplacements, la souplesse et manipulation d'objets, pour les limitations fonctionnelles. Enfin l'utilisation d'une aide technique (appareillage ou prothèse) était abordée. Les questions de ce module sont présentées en **annexe 1**.

2.1.3. Autres données recueillies

Outre les questions spécifiques à l'hygiène et aux pathologies ciblées par l'enquête, les données recueillies concernaient :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, nationalité, pays de naissance) ;
- le réseau relationnel (couple, enfants) ;
- l'itinérance (historique du parcours de rue et de la migration éventuelle, voyages, lieux fréquentés pour dormir...) ;
- la situation et les expériences professionnelles ;
- la couverture sociale maladie et les prestations sociales ;
- la santé (maladies chroniques, addictions) et le recours aux soins.

Le détail du questionnaire est dans le rapport accessible en ligne :

https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/hytpeac_web_0.pdf

2.2. La base de données HSM2008

Comme l'enquête HID qui l'a précédée, l'enquête Handicap-Santé (HS) évalue les problèmes de handicap et de dépendance, ainsi que les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes concernées, dans un contexte nouveau (création de l'allocation personnalisée pour l'autonomie en 2002, loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et loi de santé publique du 9 août 2004). Comme l'enquête HID, l'enquête Handicap-Santé comprend un volet « Ménages » et un volet « Institutions » (maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pour personnes en situation de handicap, pour les personnes en difficultés sociales, ...).

2.2.1. Design de l'enquête

Le volet Ménages, ou HSM, a été réalisé en 2008 sur l'ensemble du territoire français, départements d'outre-mer compris, le volet Institutions, ou HSI, l'a été en 2009.

Afin de disposer d'un nombre suffisant de personnes, comme pour HID, une enquête filtre préliminaire a été réalisée en 2007 (l'enquête VQS). Les répondants de chaque ménage interrogé ont été classés en fonction de leurs réponses en quatre strates, correspondant à des niveaux différents de sévérité présumée des situations de handicap. L'échantillon du volet « Ménages » de l'enquête Handicap-Santé a ensuite été tiré de façon à surreprésenter les personnes de sévérité présumée forte de situation de handicap et le nombre maximum de personnes d'un même ménage pouvant être enquêté a été limité à deux.

L'enquête HSM2008 possède donc un plan de sondage. Les pondérations calculées pour chaque individu prennent en compte la probabilité d'être échantillonné dans l'enquête filtre, celle de répondre à l'enquête filtre, celle d'être échantillonné dans l'enquête puis la correction de la non-réponse totale et un calage sur marge.

2.2.2. Données recueillies

L'objectif de l'enquête Handicap-Santé est de mesurer l'état fonctionnel de la personne et les facteurs environnementaux influant sur sa vie puisque c'est la rencontre des deux qui crée les situations de handicap, repérables par les restrictions d'activités.

Afin de déterminer dans quelles situations les personnes sont handicapées, le questionnaire HSM combine plusieurs approches. Un module sur les restrictions d'activités mesure les difficultés des personnes à réaliser les ADL, et d'autres tâches importantes de la vie courante (*Instrumental Activities of Daily Living* ou IADL) comme faire les courses, préparer les repas et faire le ménage. D'autres modules servent à connaître les conditions de vie des personnes en termes de scolarité, d'emploi, de loisirs. Enfin, des questions permettant d'estimer si les personnes subissent une restriction de participation ont été posées.

Le questionnaire du volet « Ménages » de l'enquête Handicap-Santé commence par le « tronc commun des ménages » que l'INSEE utilise dans ces enquêtes auprès des ménages pour disposer d'informations harmonisées sur le logement et sur les personnes composant le ménage. Différents thèmes sont ensuite abordés, à savoir :

- **Santé**
 - o Mini module santé européen
 - o Carte des maladies
 - o Autres modules sur la santé (recours au soin, prévention, ...)
- **Repérage des handicaps**
 - o Les déficiences (module « C »)
 - o Les aides techniques utilisées ou qui seraient utiles (module « D »)
 - o Les limitations fonctionnelles (module « E »),
 - o Les restrictions d'activité (module « F »)
- **Participation sociale et environnement**
 - o L'environnement familial et les aides (module « G »)
 - o Les caractéristiques du logement (module « H »)
 - o L'accessibilité (module « I »)
 - o La scolarité (module « J »)
 - o L'emploi (module « K »)
 - o Les revenus et allocations (module « L1 » et « L2 »)
 - o Les loisirs (module « M »)
 - o La discrimination ressentie (module « N »).

2.2.3. Correspondances entre les questions d'HYTPEAC et HSM2008

La base de données HSM2008 a été obtenue auprès du réseau Quetelet¹⁴, afin de comparer les données HYTPEAC aux données de cette dernière.

La sélection des questions de l'enquête HSM choisies pour être comparée à celles de l'enquête HYTPEAC s'est faite en prenant en compte la formulation des questions, leur agencement (présence ou non de questions « filtres ») et les modalités de réponse proposées. Les questions dont la formulation est la plus proche de celles du questionnaire HYTPEAC sont listées en **annexe 2** et les correspondances indiquées en **annexe 3**. C'est le cas de l'indicateur synthétique GALI : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème **de santé**, dans les activités que les gens font habituellement ? ».

Concernant les « limitations fonctionnelles » et « restrictions d'ADL », il faut d'abord noter que l'agencement des questions et les modalités de réponse diffèrent :

- les questions ont été posées à toutes les personnes dans HSM2008, alors qu'elles ne l'ont été qu'aux personnes ayant répondu oui à la question GALI-P dans HYTPEAC ;
- les modalités de réponse à ces questions dans HSM2008 permettent d'apprécier l'importance des difficultés rencontrées pour chaque type de limitation, alors que l'importance des limitations n'est appréciée qu'au niveau de la question GALI-P dans HYTPEAC.

Concernant la formulation des questions relatives aux « limitations fonctionnelles » :

- Trois questions ont des formulations suffisamment proches pour permettre des comparaisons :
 - La question HYTPEAC « *[Êtes-vous limité pour] vous servir de vos mains et de vos doigts sans difficultés ?* », est formulée de la même façon dans HSM2008, mais avec les précisions suivantes : « *[Pouvez-vous] sans aide technique (ex. pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...) ?* » ;
 - A la question HYTPEAC « *[Êtes-vous limité pour] monter et descendre un escalier ?* », correspond la question HSM2008 « *[Pouvez-vous] monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ?* » ;

¹⁴ Demande n°18780.

- A la question HYTPEAC « *[Etes-vous limité pour] vous baisser, lorsque vous êtes debout pour ramasser un objet* », correspond la question HSM2008 « *[Pouvez-vous] Vous baisser, vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?* »

Les questions de l'enquête HSM2008 étaient donc plus restrictives (« sans aide technique », « sans aide humaine »). Cependant, si dans l'enquête HYTPEAC il n'était pas demandé aux personnes si elles pouvaient réaliser ces activités sans aide humaine, leur situation à la rue, ou dans des centres dont le ratio de personnel ne permet pas de fournir une aide individualisée aux personnes, rendait une telle aide très improbable.

- Trois questions d'HSM2008 pouvaient correspondre à la question « *[Etes-vous limité pour] vous déplacer ?* » : (1) « *[Pouvez-vous] marcher 500 m en terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ?* » ; (2) « *[Pouvez-vous] vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul.e ?* » ; (3) « *[Pouvez-vous] sortir de votre logement seul.e ?* ». Nous avons choisi de ne retenir que la première, compte tenu des conditions de vie des personnes enquêtées dans HYTPEAC. Là aussi, la formulation de la question exclut les aides, humaines ou techniques.

Concernant la formulation des questions relatives aux « restrictions d'ADL » :

- Toutes les questions HSM2008 précisent « *Pouvez-vous [faire] seul.e ?* » ;
- Le reste de la formulation est identique pour trois questions : « *vous habiller/ vous déshabiller* », « *vous servir des toilettes* », et « *vous asseoir et vous lever de votre siège* » ;
- Les questions HYTPEAC « *couper la nourriture* » et « *vous servir à boire* » constituent une seule question dans HSM2008, sans changement dans la formulation ;
- Elle est un peu plus précise pour deux questions : à la question HYTPEAC « *vous laver* », la question HSM2008 ajoute des exemples : « *(prendre un bain, une douche)* » ; à la question HYTPEAC « *manger et boire* », la question HSM2008 ajoute « *une fois la nourriture prête* » (cependant cette précision apporte peu d'information dans la mesure où cette question suit immédiatement la question « *Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)* ») ;

Enfin la question HYTPEAC « *[Etes-vous limité pour] contrôler vos selles et vos urines ?* », est formulée de la même façon dans HSM2008 : « *[Pouvez-vous] contrôler vos selles et vos urines ?* ».

Il n'y a pas dans ces questions de restriction de type « sans aide technique ». Seule la restriction « sans aide humaine », sous-entendue dans l'ajout du mot « seul.e » est ici retenue dans le questionnaire HSM2008.

Les grilles de Colvez (Colvez, 1981), de Katz (Katz, 1963) et AGGIR (Eghbal-Téhérani, 2011), qui peuvent être construites à partir des réponses aux questions d’HSM2008, n’ont pas pu l’être de façon fiable à partir du questionnaire HYTPEAC. Bien qu’il existe dans le questionnaire HYTPEAC des questions sur les six activités essentielles de la vie quotidienne présentes dans la grille de Katz (*faire sa toilette ; s’habiller ; aller aux toilettes et les utiliser ; se coucher ou quitter son lit et s’asseoir ou quitter son siège ; contrôler ses selles et ses urines ; manger des aliments déjà préparés ; annexe 2*), la formulation des réponses (absence de modalité « ne peut pas du tout faire » et leur agencement (importance des difficultés appréciée de façon globale et non pour chaque type de restriction) ne permettent pas d’évaluer la capacité qu’a **ou non** une personne à réaliser (seule) chacune de ces activités, rendant impossible la construction de cet indicateur.

De même des différences de formulation concernent les questions sur les aides techniques aux déplacements et la possession de prothèse avec des questions fermées sans demande de détails pour HYTPEAC et, au contraire, l’utilisation d’une liste détaillée à cocher (**Annexe 2**).

2.3. Analyses

Les analyses séparées des deux bases de données de l’enquête HYTPEAC montraient que la population **dormant dans l’espace public** et celle **hébergée dans les centres** étaient des populations distinctes en matière de recours à l’hébergement institutionnel, comme pour leurs caractéristiques socio-démographiques (Arnaud, 2013). C’est pourquoi **les deux bases de données ont été fusionnées** en considérant que les deux échantillons provenaient de deux populations disjointes, et le **plan de sondage redéfini** en modifiant les variables représentant la stratification et les unités primaires (Schenker et al. 2002) afin de pouvoir faire une analyse globale. **La présente étude a été réalisée à partir de cette base unique.**

Nous avons tout d’abord vérifié la **cohérence des réponses aux questions concernant les limitations déclarées et les problèmes de santé jugés à l’origine des limitations « liées à un problème physique durable »**. Ainsi, les quelques personnes ayant cité un problème d’ordre psychologique comme étant le seul problème à l’origine de leur limitation d’activité, ont été reclassées comme n’ayant pas de limitation d’activités liée à un problème physique. **Les problèmes de santé physiques** que les personnes jugeaient à l’origine de leurs limitations **ont ensuite été classés** selon la Classification Internationale des Soins Primaires-2^{ème} révision (CISP-2, (Jamouille, 2000)), classification bi-axiale. Le premier axe de cette classification est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social). Son second axe se compose de sept rubriques (symptômes et plaintes, procédures

médicales, diagnostics et maladies relatifs aux maladies infectieuses, aux tumeurs et néoplasmes, aux lésions traumatiques, aux anomalies congénitales et à d'autres diagnostics). Dans cette étude, tous les chapitres sauf le chapitre « Psychologie », et toutes les rubriques sauf celle relative aux procédures médicales, ont été utilisés.

Après une description de la population HYTPEAC, nos analyses se sont concentrées sur la **question de synthèse (GALI-P) concernant les limitations des activités quotidiennes** : la prévalence de cette perception globale de limitations, puis celle de *fortes* limitations, ont été estimées de manière globale, puis selon différentes caractéristiques de la population afin de rechercher les facteurs associés.

Le nombre et la nature des limitations fonctionnelles et des restrictions d'ADL déclarées par les personnes ayant répondu oui à la question GALI-P ont ensuite été décrits, et une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) couplée à la méthode de classification par les K-moyennes (K-means) ont été effectuées¹⁵ (**Encadré 1**) afin de dégager les principales oppositions et attractions qui relient les individus se sentant limités du fait d'un problème physique (GALI-P), pour ce qui concerne leurs limitations fonctionnelles et leurs restrictions d'ADL. L'objectif l'ACM est de distinguer à la fois des types d'ensemble de limitations, mais également de connaître les profils socio-démographiques auxquels ils sont associés. Les caractéristiques des personnes correspondant à chacun des profils identifiés ont été détaillées et les facteurs associés recherchés

Afin de prendre en compte le plan de sondage lors de la réalisation de l'ACM, une nouvelle base de données sans pondération mais dans laquelle chaque individu a été dupliqué autant de fois que la valeur arrondie du poids qui lui est affecté, a été générée¹⁶. Dans cette base, afin d'éviter une trop grande perte d'information liée au taux de non-réponse associé aux variables de restrictions d'ADL et limitations fonctionnelles, l'hypothèse selon laquelle les enquêteurs n'ont renseigné que les réponses positives sur ce module du questionnaire a été faite. Selon cette logique, les données manquantes deviennent le reflet de réponses vraisemblablement négatives aux questions de ce module. A une exception près toutefois : les observations

¹⁵ Dans cette étude, la classification par la méthode des K-means a été préférée à la classification ascendante hiérarchique trop instable avec notre jeu de données et ne donnant pas de groupes suffisamment homogènes en termes d'effectifs.

¹⁶ L'utilisation obligatoire d'un arrondi génère une légère différence d'effectif dans ce jeu de donnée par rapport à celui avec plan de sondage.

pour lesquelles l'ensemble des réponses à ces questions sont manquantes, ou lorsque la personne a indiqué ne pas vouloir répondre.

Encadré 1. ACM et classification par les K-moyennes

L'analyse des correspondances multiples (ACM) permet de faire la synthèse de l'information contenue dans un grand nombre de variables qualitatives. Elle crée de nouvelles variables (appelées des « axes »), indépendantes, qui sont des combinaisons linéaires des variables initiales, possédant une variance maximum. Elle permet la représentation graphique de grands tableaux de données trop complexes à décrire par les méthodes graphiques habituelles. L'objectif est ici de voir comment les différentes limitations fonctionnelles et restrictions d'ADL se regroupent entre elles et d'identifier des profils-types d'individus ayant les mêmes limitations, pour voir selon quelles variables, encore non explicites, ils se distinguent les uns des autres.

L'interprétation des axes est fondée sur les contributions des modalités : toute modalité dont la contribution est supérieure à la contribution moyenne participe de manière significative à la construction des axes, la contribution moyenne étant égale à l'inverse du nombre de modalités des variables actives utilisées dans l'ACM (Cibois, 1997). Ainsi, les variables ne disposant d'aucune modalité ayant une contribution supérieure à la moitié de la contribution moyenne sur les deux dimensions considérées sont des « bruits blancs ». Elles n'apportent rien à l'analyse et peuvent être retirées du modèle final.

La classification par les K-moyennes ou K-means est une analyse multidimensionnelle qui permet d'identifier des groupes d'individus qui partagent des caractéristiques communes, en l'occurrence des limitations du fait d'un problème physique (GALI-P) communes. Une classification des individus grâce à la méthode des K-means va permettre de déterminer le nombre optimal de groupes, ce dernier répondant à deux critères : les individus dans un même groupe se ressemblent le plus possible ; les individus dans des groupes différents se démarquent le plus possible.

Enfin, les taux de prévalence des principaux indicateurs globaux de situation à risque de handicap disponibles (limitation et *forte* limitation d'activités quotidiennes selon les questions GALI, difficultés à se laver, perception d'une AAH) ont été mesurés dans une sous-population HSM2008, restreinte à la tranche d'âge de 18 à 85 ans, (correspondant aux âges de la population HYTPEAC), les conséquences de cette exclusion ayant été explorées. Nous les avons comparés à ceux de la population HYTPEAC, en prenant en compte les différences de formulation des questions et les différences de structure d'âge persistantes. Nous

avons également analysé la répartition de la sous-population HSM2008 selon le nombre et la nature des limitations fonctionnelles et des restrictions d'ADL déclarées, sans aller plus loin dans les comparaisons en raison des différences déjà signalées dans la formulation et l'agencement des questions et des modalités de réponse.

Les analyses ont été effectuées avec Stata (StataCorp, Texas, USA) avec prise en compte des plans de sondage. Stata 15® a été utilisé pour les analyses effectuées sur la base de données HSM2008, et pour l'élaboration et la description des profils de personnes selon le nombre et la nature de leurs limitations sur la base de données HYTPEAC, et Stata 12® l'a été pour toutes les autres analyses. Les prévalences ont été estimées avec leur intervalle de confiance à 95%. Au sein de chacune des deux bases de données (HYTPEAC et HSM2008 restreinte aux 18-85 ans), les comparaisons statistiques de distribution ont été réalisées avec le test de chi² de Pearson ajusté au plan de sondage et les comparaisons de moyennes avec le test de Wald ajusté au plan de sondage. Les résultats ont été jugés significativement différents lorsque la valeur de p est inférieure à 0,05. Concernant la recherche de facteurs associés réalisée sur la base de données HYTPEAC, les analyses univariées effectuées dans un premier temps ont permis de sélectionner les variables présentant une association aux variables d'intérêt avec une valeur de $p < 0,25$ et de les inclure dans des analyses multivariées. Ces dernières consistent en un modèle de régression de Poisson pas à pas descendant. A noter que dans l'analyse multivariée, des polynômes fractionnaires ont été utilisés pour les variables continues comme l'âge et les différentes durées.

Enfin les résultats obtenus à partir de la base de données HYTPEAC ont été systématiquement comparés aux données de la littérature issues des enquêtes Insee-Ined auprès des personnes sans domicile et des enquêtes sur la santé et le handicap menées au domicile, en prenant garde aux différences de formulation et d'agencement des questions et de structure d'âge des populations. Ils ont également été comparés à ceux, accessibles en ligne, des enquêtes VQS¹⁷ et CARE¹⁸, réalisées en 2014 et 2015 auprès des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile.

¹⁷ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/> : le menu permet d'obtenir les effectifs (sans intervalle de confiance) des personnes ayant répondu oui/non à la question GALI, et oui/non/pas du tout aux questions sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité à se laver seul.e, selon le sexe, la zone géographique choisie (niveaux national, régional et départemental) et les tranches d'âge 60 ans et plus, 60-74 ans ou 75 ans et plus.

¹⁸ http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Indic_CARE-M/ : le menu permet d'obtenir les fréquences (sans intervalle de confiance) de chaque limitation fonctionnelle et restriction d'activité selon son importance, par sexe et par tranche d'âge, au niveau national.

3. RESULTATS

3.1. Rappels sur la participation à l'enquête HYTPEAC

Dans l'espace public, sur 1802 personnes contactées, 726 personnes étaient éligibles, 347 personnes ont accepté de participer et ont été enquêtées, soit un taux de participation de 48,9%. Finalement 341 questionnaires ont pu être réellement exploités.

L'analyse des fiches contacts révèle des différences dans le profil des personnes ayant refusé l'étude (n=363) et les autres (n=347). Les personnes qui refusaient étaient plus âgées et il s'agissait plus souvent de femmes. Parmi les personnes classées comme non éligibles, 160 n'étaient pas en état de donner leur consentement, en raison de la présence de troubles psychiatriques ou parce qu'elles étaient sous l'emprise de drogues (alcool le plus souvent).

Dans les centres d'hébergement¹⁹, sur 1043 personnes contactées, 667 personnes ont été enquêtées, soit un taux de participation de 65%.

L'essentiel du recrutement des personnes ayant été fait par l'intermédiaire des différents centres participants, très peu de données sur l'éligibilité ont pu être recueillies. La majorité des refus était due à l'absence d'intérêt pour l'enquête et à l'indisponibilité des personnes.

Au total, 1008 questionnaires ont pu être exploités.

3.2. Description de la population HYTPEAC

Rappelons d'abord les critères d'éligibilité (être sans domicile la veille de l'enquête – avoir dormi dans l'espace public parisien ou été hébergé dans un centre d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou de réinsertion francilien, et être majeur, francophone et non accompagné d'enfants). La taille estimée de la population cible en 2011 est de 32 827 personnes (IC95% [28 549 - 37 106]).

Les personnes enquêtées étaient pour les trois quarts d'entre elles hébergées au moment de l'enquête (**Tableau 1**). L'étude de leur parcours antérieur montre que près de 60% avaient toujours été hébergées au

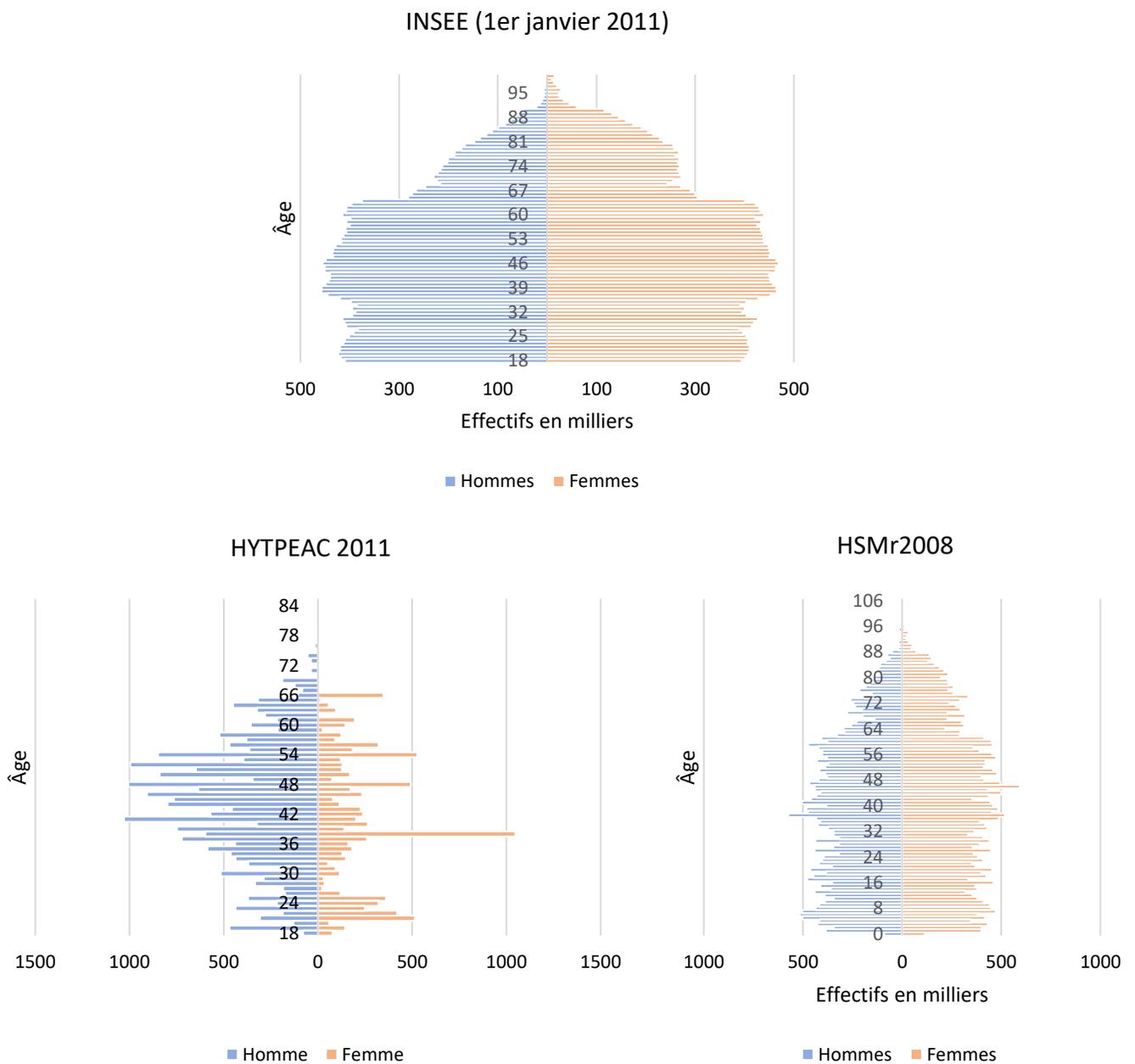
¹⁹ Centres d'hébergement d'Urgence (CHU), de Stabilisation (CHS) et de Réinsertion Sociale (CHRS).

cours des 12 derniers mois, tandis que près d'un tiers avaient alterné hébergement en centre et vie à la rue, et 10% avaient toujours été « sans abri » au cours de la même période (**Tableau 2**).

Près des trois quarts sont des hommes. La moyenne d'âge est de 43 ans (IC95% [41,7-44,5]). La comparaison des pyramides des âges selon le sexe des populations HYTPEAC et d'HSM2008 et de celle de la population française au 1^{er} janvier 2011 (**Figure 1**) montrent une sous-représentation des femmes, et une très forte sous-représentation des tranches d'âge à partir de 60 ans pour les deux sexes dans la population HYTPEAC, l'âge maximal étant de 85 ans. Ceci est à rapprocher du fait que les taux de mortalité chez les personnes sans domicile sont, selon diverses études menées en Amérique du Nord et dans d'autres pays européens, 3 à 13 fois plus élevés que celle de la population générale. En France, en l'absence de registre de mortalité dédié aux personnes sans domicile, les données produites par l'association Collectif des Morts de la Rue (CMDR), appariées avec les données du CépiDC de l'Inserm, montraient pour les années 2008-2010 un âge moyen au décès de 49 ans, *versus* 77 ans pour la population générale (Vuillermoz, 2016)²⁰.

²⁰ Ce chiffre est cependant biaisé par l'absence d'exhaustivité du recueil : « La méthodologie se base sur le signalement volontaire de partenaires et la recherche active dans les médias ; celle-ci comporte des limites importantes : on a estimé en 2013 que le nombre réel de décès serait 5 à 6 fois supérieur. » (CMDR, 2018).

Figure 1. Pyramides des âges dans la population sans domicile et en France en 2011



Source : Enquêtes HYTPEAC 2011, Insee (1^{er} janvier 2011), HSM2008

Dans l'enquête HYTPEAC, les femmes sont en moyenne significativement plus jeunes que les hommes (41 ans, IC95% [38,2-43,3] *versus* 44 ans, IC95% [42,6-45,5]).

La population d'HYTPEAC est pour un peu plus de la moitié de nationalité française (51,9%) avec près de 6 personnes sur 10 nées à l'étranger. Seulement 17,6% de la population déclare avoir des difficultés à parler et/ou comprendre le français. Plus de la moitié de la population (54,9%) a un niveau d'études inférieur au brevet des collèges, correspondant à la fin de la scolarité obligatoire en France, et seulement une personne sur cinq dit avoir une activité professionnelle (déclarée ou non) au moment de l'enquête. Un peu plus de la moitié de la population (51,8%) perçoit des prestations sociales, 14% déclare faire la manche et un peu plus d'une personne sur 5 perçoit des dons financiers de la part de proches ou d'associations (21,5%). La majorité de la population bénéficie d'une couverture sociale maladie²¹, soit par le régime général ou la CMU (76,6%), soit par l'AME (10,2%). Les personnes n'ayant aucune couverture sociale maladie représentent tout de même 13,1% de la population. Près de la moitié de la population (44,9%) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique (« qui dure depuis au moins 6 mois et qui peut nécessiter des soins réguliers »), 11,5% (IC95% [8,5-15,5]) déclare souffrir de maladie psychique et 7,1% (IC95% [4,7-10,6]) uniquement de maladie psychique chronique. Le détail des maladies chroniques déclarées est présenté **en annexe 4**. En retirant les maladies psychiques, le nombre moyen de maladies chroniques physiques déclarées par personne est de 1,5 (IC95% [1,4-1,7]). Plus des trois quarts de la population (81,6%) ont consulté un médecin dans les 12 derniers mois, et la moitié (50,1%) au cours du dernier mois. L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans le **tableau 1**.

²¹ Les personnes ayant répondu en avoir une mais ne pas savoir laquelle sont reclassées en données manquantes.

Tableau 1. Caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Statut des personnes au moment de l'enquête			
Hébergés	667	25 849 [21 680-30 017]	78,7 [75,0-82,1]
Sans abri	341	6 979 [6 016-7 941]	21,3 [17,9-25,0]
Total	1 008	32 827	100
Femme			
Non	714	23 348 [19 886-26 809]	71,1 [61,8-78,9]
Oui	294	9 480 [6 051-12 908]	28,9 [21,0-38,2]
Total	1 008	32 827	100
Age			
18-29 ans	155	5 519 [3 873-7 164]	16,8 [12,9-21,7]
30-39 ans	222	7 382 [5 283-9 480]	22,5 [17,4-28,6]
40-49 ans	286	8 930 [7 287-10 574]	27,3 [23,2-31,8]
50-59 ans	232	7 489 [5 825-9 154]	22,9 [19,4-26,7]
60-69 ans	97	3 309 [2 140-4 477]	10,1 [7,1-14,1]
≥ 70 ans	15	139 [3,1-276]	0,4 [0,2-1,1]
Total	1 007	32 769	100
Nationalité			
Française	532	15 968 [13 395-18 541]	51,9 [45,9-57,9]
Etrangère-UE	82	2 076 [1 334-2 817]	6,7 [4,7-9,5]
Etrangère-hors UE	341	12 713 [9 776-15 650]	41,3 [35,7-47,2]
Total	955	30 756	99,9
Né en France			
Non	530	18 940 [15 777-22 102]	57,7 [52,5-62,7]
Oui	478	13 888 [11 582-16 193]	42,4 [37,4-47,5]
Total	1 008	32 827	100,1
Difficultés à parler et/ou comprendre le français			
Non	824	26 927 [23 195-30 659]	82,5 [77,7-86,4]
Oui	178	5 733 [4 091-7 375]	17,6 [13,6-22,3]
Total	1 002	32 661	100,1
Niveau d'études inférieur au brevet			
Non	407	14 748 [12 091-17 404]	45,1 [39,4-50,9]
Oui	594	17 955 [14 910-21 001]	54,9 [49,1-60,6]
Total	1 001	32 703	100
Travail (déclaré ou non)			
Non	795	25 753 [22 379-29 126]	78,5 [72,7-83,4]
Oui	210	7 049 [4 863-9 236]	21,5 [16,6-27,4]
Total	1 005	32 802	100
Avoir des ressources fixes			
Non	377	11 034 [8 997-13 070]	33,6 [28,7-38,9]
Oui	629	21 778 [18 273-25 282]	66,4 [61,1-71,3]
Total	1 006	32 811	100

Tableau 1. suite - Caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Prestations sociales			
Non	507	15 732 [12 842-18 621]	48,2 [41,8-54,6]
Oui	493	16 920 [13 802-20 039]	51,8 [45,4-58,2]
Total	1 000	32 652	100
Mendicité			
Non	765	27 483 [23 327-31 639]	86,3 [83,0-89,0]
Oui	216	4 372 [3 441-5 304]	13,7 [11,0-17,0]
Total	981	31 856	100
Dons de proches ou d'association			
Non	786	25 482 [21 503-29 460]	78,5 [73,3-82,9]
Oui	209	6 991 [5 349-8 632]	21,5 [17,1-26,7]
Total	995	32 472	100
Couverture sociale maladie			
Aucune	178	4 234 [3 180-5 289]	13,1 [10,3-16,6]
Régime général/CMU	706	24 685 [20 926-28 445]	76,6 [71,0-81,4]
AME	107	3 297 [2 146-4 448]	10,2 [7,4-13,9]
Total	988	32 216	99,9
Maladie chronique			
Aucune	535	17 983 [15 109-20 858]	55,1 [49,8-60,2]
Au moins une	466	14 678 [12 083-17 273]	44,9 [39,8-50,2]
Total	1 001	32 661	100
Temps écoulé depuis la dernière consultation médicale			
< 1 mois	470	15 911 [12 688-19 133]	50,1 [44,3-55,8]
[1 mois-1 an [	316	10 026 [8 055-11 997]	31,6 [26,4-37,2]
≥ 1 an	187	5 846 [4 609-7 084]	18,4 [14,9-22,5]
Total	973	31 783	100,1

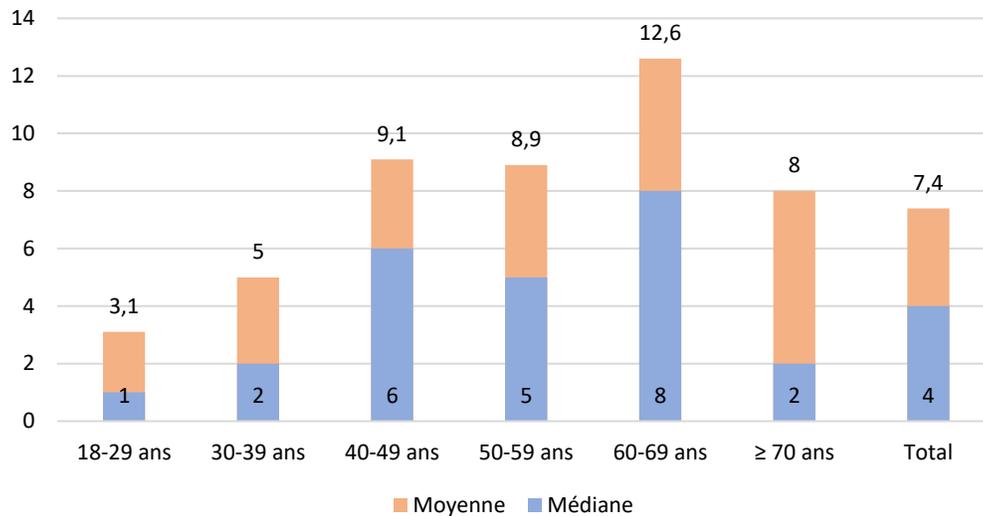
Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, nombre de répondants variant de 955 (N=30 756) à 1008 (N=32 827)

Lecture : Les femmes représentent 28,9% de la population.

En moyenne, il s'est écoulé 7 ans et demi depuis la première expérience de vie sans domicile (7,4 ans, IC95% [6,5-8,4]). Cette durée moyenne varie selon l'âge (**Figure 2 ; Annexe 5**) mais elle est déjà supérieure à 3 ans chez les 18-29 ans.

Figure 2. Durée écoulée (en années) depuis la première perte de logement, selon l'âge, chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 986 répondants, N= 32 307

Lecture : Parmi les personnes âgées de 18 à 29 ans, les durées écoulées moyenne et médiane depuis la première perte de logement sont respectivement de 3,1 ans et 1 an.

L'épisode de vie sans domicile actuel dure en moyenne depuis 5 ans et demi (5,5 ans, IC95% [4,8-6,2]). La moitié des personnes ont perdu leur logement depuis au moins 2 ans ; 17,8% l'ont perdu depuis au moins 10 ans. Enfin une personne sur dix déclare ne pas avoir eu recours aux hébergements sociaux au cours des 12 mois ayant précédés l'enquête (**Tableau 2**).

Tableau 2. Eléments de parcours sans logement des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Durée écoulée depuis la 1^{ère} perte de logement			
< 1 an	128	4 408 [2 938-5 879]	13,7 [10,1-18,3]
[1-3 ans[	213	8 104 [5 947-10 260]	25,1 [19,9-31,1]
[3-10 ans[	331	11 104 [8 783-13 425]	34,4 [29,4-39,7]
≥ 10 ans	314	8 691 [7 118-10 265]	26,9 [22,7-31,6]
Total	986	32 307	100,1
Durée de l'épisode sans domicile en cours			
< 1 an	167	5 258 [3 762-6 754]	17,4 [13,4-22,2]
[1-3 ans[	237	9 056 [6 788-11 324]	29,9 [24,0-36,5]
[3-10 ans[	307	10 583 [8 258-12 909]	34,9 [29,4-40,9]
≥ 10 ans	196	5 399 [4 202-6 595]	17,8 [14,3-22,1]
Total	907	32 296	100
Recours à l'hébergement social au cours des 12 derniers mois*			
Recourant exclusif	478	18 963 [15 041-22 886]	57,8 [50,8-64,4]
Oscillant	336	10 456 [8 242-12 671]	31,9 [25,8-38,6]
Non recourant strict	194	3 408 [2 646-4 169]	10,4 [8,1-13,2]
Total	1 008	32 827	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, nombre de répondants variant de 907 (N=32 296) à 1008 (N=32 827)

Lecture : Le taux de personnes ayant perdu pour la première fois leur logement il y a moins d'un an s'élève à 13,7%.

Note : * Les recours exclusifs désignent les personnes qui ont été hébergées tout au long des 12 derniers mois ; les oscillants celles qui ont alterné hébergement en centre et vie à la rue ; et les non recourants stricts celles qui ont été « sans abri » tout au long de cette période.

Deux personnes sur cinq (40,9%) déclarent ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 derniers mois tandis qu'un quart de la population (25,7%) déclare une consommation d'alcool à risque de dépendance selon le score AUDIT²² calculé (score AUDIT ≥ 7 pour les hommes et ≥ 6 pour les femmes) (**Tableau 3**). Concernant les drogues illicites, seules 6% des personnes déclarent en avoir consommé au cours de l'année et 3% de manière régulière. Les drogues les plus consommées sont la cocaïne et/ou le crack (4,3%) (**Tableau 4**).

²² *Alcohol Use Disorder Identification Test*, développé sous l'égide de l'OMS.

Tableau 3. Consommation d'alcool au cours de l'année des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Fréquence de la consommation			
Jamais	369	13 288 [9 957-16 618]	40,9 [34,6-47,6]
≤ 1 fois par semaine	233	8 653 [7 082-10 225]	26,7 [22,2-31,6]
> 1 fois par semaine	395	10 523 [8 814-12 233]	32,4 [27,8-37,4]
Total	997	32 464	100
Consommation à risque de dépendance*			
Non	672	24 126 [20 308-27 944]	74,3 [69,7-78,4]
Oui	325	8 338 [6 818-9 857]	25,7 [21,6-30,3]
Total	997	32 464	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 997 répondants, N=32 464

Lecture : Le taux de personnes ne consommant pas d'alcool s'élève à 40,9%.

Note : *score AUDIT ≥7 pour les hommes et ≥ 6 pour les femmes.

Tableau 4. Consommation de drogues au cours de l'année des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Consommation de drogues au cours de l'année			
Cocaïne/crack			
Non	951	31 411 [27 234-35 587]	95,7 [93,6-97,1]
Oui	57	1 417 [838-1 996]	4,3 [2,9-6,4]
Total	1 008	32 827	100
Opiacés			
Non	958	31 571 [27 390-35 751]	96,2 [94,0-97,6]
Oui	50	1 256 [660-1 53]	3,8 [2,4-6,0]
Total	1 008	32 827	100
Drogues de synthèse			
Non	990	32 533 [28 272-36 794]	99,1 [98,4-99,5]
Oui	18	294 [122-466]	0,9 [0,5-1,6]
Total	1 008	32 827	100

Tableau 4. suite - Consommation de drogues au cours de l'année des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Consommation régulière au cours de l'année			
De cocaïne/crack			
Non	971	32 117 [27 858-36 376]	97,8 [96,6-98,6]
Oui	37	710 [402-1 019]	2,2 [1,4-3,4]
Total	1 008	32 827	100
D'opiacés			
Non	973	32 117 [27 862-36 372]	97,8 [96,4-98,7]
Oui	35	710 [346-1 074]	2,2 [1,3-3,6]
Total	1 008	32 827	100
De drogues de synthèse			
Non	997	32 615 [28 356-36 873]	99,4 [98,6-99,7]
Oui	11	212 [51-374]	0,6 [0,3-1,4]
Total	1 008	32 827	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1008 répondants, N=32 827

Lecture : Le taux de personnes déclarant avoir consommé de la cocaïne et/ou du crack au cours de l'année s'élève à 4,3%.

Enfin, un peu plus d'un tiers de la population déclaré marchait moins d'1 heure par jour en moyenne, tandis que près d'un tiers déclarait marcher, en moyenne, plus de 3h (**Tableau 5**).

Tableau 5. Durée moyenne de marche quotidienne des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Durée moyenne de marche quotidienne			
< 1 heure	326	11 742 [8 117-15 368]	36,7 [28,4-45,8]
[1-3 heures]	326	10 615 [8 687-12 542]	33,2 [27,7-39,1]
> 3 heures	326	9 640 [7 500-11 779]	30,1 [24,4-36,5]
Total	988	31 996	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 988 répondants, N=31 996

Les caractéristiques de notre population diffèrent de celle décrite par l'enquête SD2012, au niveau national (Yaouancq, 2014) comme au niveau parisien (Chausse, 2014), et de celle de l'enquête SAMENTA menée en 2009 en Île-de-France (Laporte, 2010) (ces populations étaient plus jeunes et plus féminines).

Rappelons que la population cible de l'enquête HYTPEAC ne recouvre que partiellement les personnes sans domicile de l'agglomération parisienne : d'une part parce que les hôtels sociaux et les centres maternels étaient exclus du champ de l'enquête. Enfin, rappelons aussi que, dans l'enquête HYTPEAC comme dans les premières publications issues de l'enquête SD2012, seuls sont inclus les adultes francophones.

3.3. Approche des situations de handicap dans la population HYTPEAC

Plusieurs critères synthétiques permettent d'approcher les situations de handicap, sans que les groupes répondant à ces critères se recoupent totalement (Ravaud, 2002). Parmi ces critères se trouvent la reconnaissance administrative d'un handicap, l'auto-perception d'un handicap au sens de la loi de 2005, appréciée *via* la question GALI, les grilles de Colvez, de Katz et AGGIR, et, parmi les restrictions d'ADL, celles concernant le fait de ne pouvoir se laver seul.e, ou de ne pouvoir le faire qu'avec difficulté, du fait de ces limitations. Les données recueillies dans l'enquête HYTPEAC permettent de repérer certaines formes de reconnaissance administrative (perception de l'AAH ou d'une pension d'invalidité), les difficultés ressenties pour se laver, ou l'auto-perception du handicap d'origine physique, *via* la réponse à la question GALI-P. Selon ces critères :

- **Moins de 10% de la population perçoit une AAH et moins de 2% une pension d'invalidité (Tableau 6).** Il faut cependant noter que l'obtention de l'AAH est soumise à certains critères comme la régularité du séjour et le taux d'incapacité, et celle de la pension d'invalidité au fait d'être affilié à la sécurité sociale en France depuis au moins 12 mois au moment de la constatation de l'invalidité²³ ;
- **D'autre part, 7,7% des personnes (IC95% [5,0-11,6]) déclarent être limitées pour se laver à cause d'un problème physique durable ;**
- **Enfin, près d'un tiers des personnes disent « avoir un problème physique durant depuis au moins 6 mois et les limitant dans certaines activités de la vie quotidienne »²⁴, (32,2%, IC95%**

²³ « Une personne est considérée comme invalide si, après un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3. »

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F672>

²⁴ « Depuis au moins 6 mois, avez-vous un problème physique qui vous limite dans certaines activités quotidiennes (vous laver, manger, marcher, ...) ? » ou GALI-P.

[26,7-38,2]) et **un quart disent être «fortement limitées» pour cette raison** (23,2%, IC95% [18,9-28,1])²⁵.

Tableau 6. Reconnaissance administrative du handicap, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Percevoir l'AAH			
Non	915	29 736 [25 794-33 679]	90,6 [87,5-93,0]
Oui	93	3 091 [2 100-4 082]	9,4 [7,0-12,5]
Total	1 008	32 827	100
Percevoir une pension d'invalidité			
Non	994	32 308 [28 056-36 559]	98,4 [96,2-99,4]
Oui	141	520 [55-984]	1,6 [0,6-3,8]
Total	1 008	32 827	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

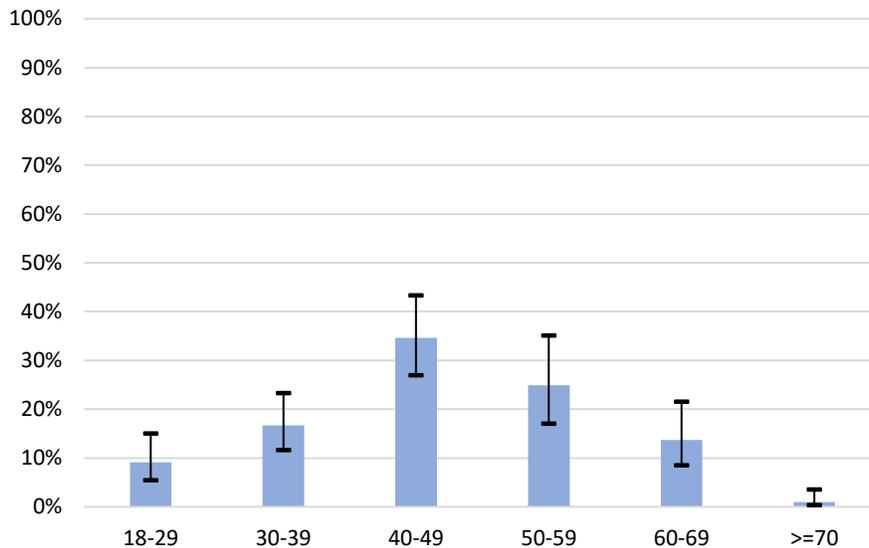
Champ : 1008 personnes interrogées, 1008 répondants, N=32 827

Lecture : Les bénéficiaires de l'AAH représentent 9,4% de la population.

La distribution des répondants selon leur âge et leur réponse à la question (**Figure 3**) montre que les personnes ayant le plus souvent déclaré des limitations d'activités (GALI-P) sont des personnes âgées de 40 à 49 ans.

²⁵ Seules 5 personnes n'ont pas répondu à la question sur la présence d'un problème physique les limitant dans certaines activités quotidiennes.

Figure 3. Distribution des répondants à la question GALI-P selon leur âge, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1 002 répondants, N= 32 661

Lecture : Parmi les personnes ayant déclaré ressentir une limitation (GALI-P), 9,1% sont âgées de 18 à 29 ans.

Note : Les barres d'erreur verticales correspondent aux intervalles de confiance au seuil de 95% des estimations de proportions.

La proportion de personnes disant percevoir une AAH devrait être rapportée aux personnes en droit de la percevoir. Cette donnée n'est pas disponible mais on peut au moins s'en rapprocher en considérant des sous-populations (personnes nées en France ou à l'étranger, ou ayant ou non l'AME). Parmi la population ayant une couverture sociale maladie, 10,4% (IC95% [7,7-13,8]) perçoivent l'AAH, et parmi celle n'en ayant aucune (ou ne précisant pas laquelle), 3,8% (IC95% [1,3-10,8]) disent percevoir l'AAH.

Bien que les chiffres ne soient pas directement comparables en raison des différences de champ déjà mentionnées, nous indiquons ici les résultats publiés concernant ces mêmes variables dans les enquêtes SD et celles sur le handicap.

Dans l'enquête SD2012, les chiffres publiés relatifs à la perception de l'AAH, qui concernent également les seuls francophones (Mordier, 2016), distinguent les personnes selon leur pays de naissance : la proportion de la population bénéficiaire d'une AAH était de 10% pour les personnes nées en France et de 4% pour les personnes (francophones) nées à l'étranger, tandis que la proportion de ces mêmes personnes touchant une pension d'invalidité était respectivement de 2% et 1%. Ces différences ne sont pas retrouvées ans la population HYTPEAC : 8,7% (IC95% [5,8-13,3]) des personnes nées à l'étranger perçoivent l'AAH contre

10,2% (IC95% [6,9-14,7]) des personnes nées en France (non significatif) et respectivement 1,9% (IC95% [0,6-6,4]) contre 1,1% (IC95% [0,5-2,7]) touchent une pension d'invalidité (non significatif).

Dans cette même enquête SD2012, 9% des personnes francophones déclaraient être *fortement* limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé durable, **quel qu'il soit** (Moisy, 2015). Cette donnée était absente des enquêtes précédentes. L'enquête réalisée en 1995 (auprès des personnes sans domicile utilisant les services d'hébergement et de restauration sociale de Paris intra-muros) permettait cependant de connaître la proportion de personnes disant ne pas pouvoir se déplacer (2,2%) ou ne pouvoir le faire que difficilement (6%) (Firdion, 1998).

Dans l'enquête HSM 2008, la fréquence de la *forte* limitation des activités quotidiennes (GALI) est estimée à 20,5% des personnes **âgées de 60 ans et plus** vivant à domicile (Roy, 2016). Compte tenu de l'évolution des questionnaires, il n'est pas possible de comparer les deux enquêtes HID et HS pour étudier les évolutions des différentes populations.

Plus récemment, dans l'enquête VQS2014, réalisée au niveau national (DOM compris, hors Mayotte) auprès des seules **personnes âgées de 60 ans et plus**, 11% de l'ensemble de cette population disaient être limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé durable (question GALI) et 12% avoir des « difficultés pour se laver seules » (Brunel, 2017). Ces prévalences augmentaient de façon exponentielle avec l'âge dans les deux sexes. Selon ces auteurs, « *l'ADL [Activity of Daily Life = activité essentielle de la vie quotidienne] « faire sa toilette » (...) capte bien à elle seule l'ensemble des autres ADL [composantes de l'indicateur de Katz].* »

3.3.1. Origine et nature des limitations ressenties (GALI-P)

La majorité des personnes s'estimant limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème physique durable (GALI-P) (85,4%) cite un seul problème à l'origine de cette limitation (**Tableau 7**). Ceci n'est cependant pas un reflet de l'ensemble des pathologies des personnes sans domicile, ces-dernières pouvant avoir d'autres pathologies ne provoquant pas de telles limitations du point de vue de la personne.

Tableau 7. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de problèmes physiques déclarés par la personne comme étant à l'origine de ces limitations, Enquête HYTPEAC, 2011

Nombre de problèmes	n observé	Proportion estimée % [IC95%]
1	252	85,4 [80,2-89,4]
2	51	11,0 [7,6-15,7]
3	10	3,6 [1,7-7,5]
Total	313	100,0

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N= 10 530

Lecture : Parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P), 85,4% ont déclaré avoir un seul problème physique à l'origine de leur limitation.

Ces « problèmes physiques » ont été classés selon leur nature à l'aide de la CISP-2 (**paragraphe 3.3**). Sur l'axe 1 de cette classification, pour près de la moitié des personnes il s'agit d'au moins un trouble **ostéo-articulaire** (46,3%, IC95% [36,3-56,5]), viennent ensuite des problèmes généraux et non spécifiés (11,9%, IC95% [7,7-18,0]) comprenant les **séquelles de fractures anciennes**. D'après le second axe de la classification CISP-2, pour un tiers des personnes, leurs limitations d'activités sont liées à des symptômes et plaintes (33,0%, IC95% [25,2-41,9]), pour 17,5% à des traumatismes (IC95% [12,6-23,8]), et pour 36,2% à d'autres diagnostics non classés ailleurs (IC95% [27,2-46,4]) (non exclusif).

Nous ne disposons pas de chiffres comparables dans les enquêtes SD de l'Insee et l'Ined. La répartition des motifs de limitation des activités quotidiennes est difficilement comparable à celle d'autres études en raison des différences de formulation de la question filtre (problème de santé ou problème physique) comme des questions sous-jacentes (liste pré-établie de réponses comportant par exemple le vieillissement ou les troubles de l'audition dans l'enquête HID-VQS1999 (Ravaud 2002).

Les personnes se sentant limitées (GALI-P) ont ensuite été interrogées spécifiquement sur les types de limitations, classés en sept domaines et selon leur type (restrictions d'ADL ou limitations fonctionnelles - LF). Ainsi, **parmi ces personnes** :

- Pour la **toilette** (ADL) : 23,3% (IC95% [15,4-33,7]) disent être limitées pour se laver,
- Pour l'**habillement** (ADL) : 28,5% (IC95% [19,7-39,3]) sont limitées pour s'habiller/se déshabiller,
- Pour l'**alimentation** (ADL) :
 - o 6,8% (IC95% [4,2-10,7]) sont limitées pour couper leur nourriture,
 - o 6,5% (IC95% [3,8-10,9]) le sont pour se servir à boire,
 - o 6,0% (IC95% [3,6-9,9]) le sont pour manger et boire,
- Pour l'**élimination** (LF classée en ADL pour la construction de l'indicateur de Katz) :

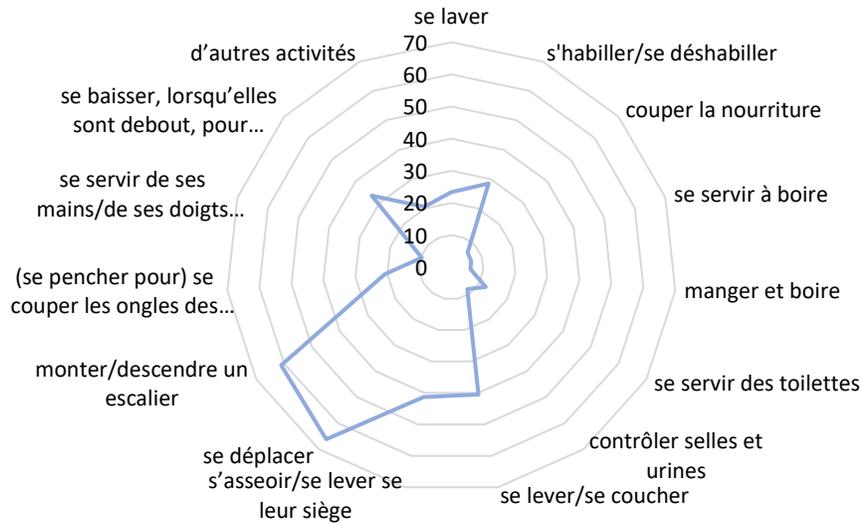
- 12,3% (IC95% [7,8-18,7]) sont limitées pour se servir des toilettes,
- 8,5% (IC95% [4,7-14,8]) le sont pour contrôler selles et/ou urines (les $\frac{3}{4}$ d'entre elles n'arrivaient pas à se changer/se nettoyer seules),
- Pour les **transferts** (ADL) :
 - 40,5% (IC95% [30,5-51,4]) sont limitées pour se lever/se coucher,
 - 41,3% (IC95% [30,8-52,7]) le sont pour s'asseoir/se lever de leur siège,
- Pour les **déplacements** (LF) :
 - 66,2% (IC95% [56,7-74,4]) sont limitées pour se déplacer,
 - 61,1% (IC95% [50,0-71,1]) le sont pour monter et descendre un escalier,
- Pour la **souplesse** et/ou la **manipulation** (LF) :
 - 20,8% (IC95% [14,6-28,9]) sont limitées pour (se pencher pour) se couper les ongles des orteils,
 - 9,7% (IC95% [6,3-14,7]) le sont pour se servir de ses mains/de ses doigts sans difficultés,
 - 33,3% (IC95% [25,0-42,7]) le sont pour se baisser, lorsqu'elles sont debout, pour ramasser un objet.

Enfin, 20,5% (IC95% [14,3-28,5]) sont limitées pour **d'autres activités** qu'elles spécifient (comme courir, station debout, port de charge, se concentrer, lire, se souvenir, ménage, etc.).

Il est à noter que 4,4% (IC95% [1,7-10,5]) des personnes ayant déclaré avoir une limitation d'activité n'ont pas répondu au détail des activités concernées.

Ces chiffres sont rassemblés dans la **figure 4** ci-dessous.

Figure 4. Proportions des personnes se sentant limitées pour chaque type d'ADL ou de fonction, parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P) Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

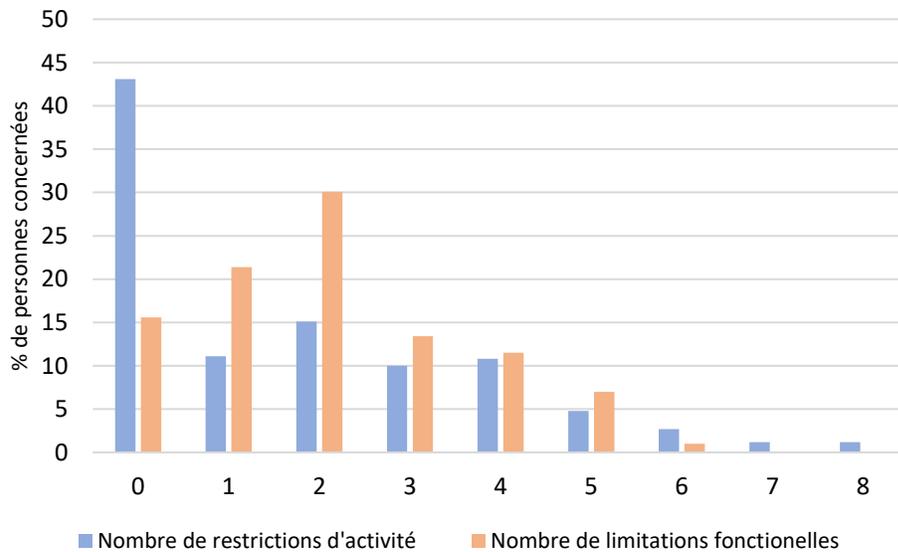
Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530. Les personnes se sentant limitées (GALI-P) mais n'ayant pas spécifié le type de limitation ont été exclues.

Lecture : Le taux de personnes déclarant être limitées pour se laver s'élève à 23,3%.

Parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P) et ayant renseigné le type de limitations, le nombre moyen de restrictions d'ADL est de 1,7 (IC95% [1,3-2,1]) et celui de limitations fonctionnelles est de 2,1 (IC95% [1,8-2,4]). Ces nombres varient de 0 à 8 et de 0 à 6 selon les personnes et 50% des personnes avaient au moins 1 restriction d'ADL et 2 limitations fonctionnelles.

La distribution du nombre de restrictions d'ADL et celle du nombre de limitations fonctionnelles sont présentées dans la **figure 5**.

Figure 5. Distribution des personnes sans domicile se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de restrictions d'ADL et de limitations fonctionnelles qu'elles déclarent, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

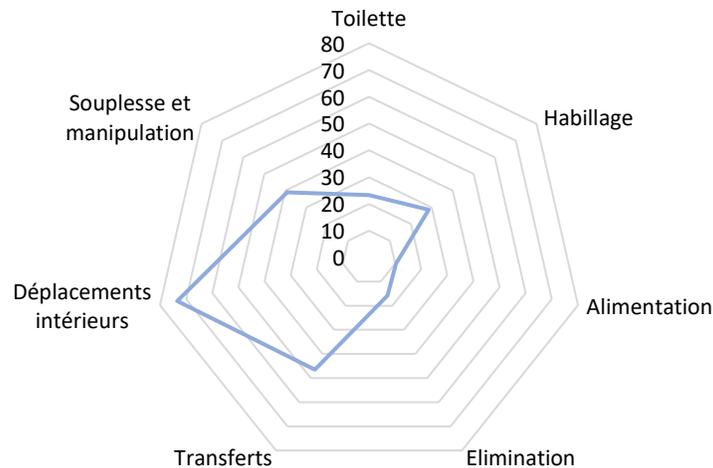
Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 296 répondants, N=10 071

Lecture : Le taux de personnes n'éprouvant aucune des restrictions d'ADL considérées s'élève à 43,1%.

La **figure 6** présente les domaines de la vie concernés par la ou les restrictions d'ADL ou limitations fonctionnelles déclarées. On constate que ce sont les déplacements (LF) et les transferts (ADL), soit la mobilité, qui sont les plus affectés.

Parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P), le nombre moyen de domaines affectés est de 2,7 (IC95% [2,4-3,0]). Le nombre varie de 1 à 8 selon les personnes et 50% des personnes ont des limitations dans au moins 2 domaines. La distribution du nombre de domaines est présentée dans la **figure 7**.

Figure 6. Proportions des personnes se sentant limitées dans chaque domaine d'activité, parmi celles se sentant limitées (GALI-P), Enquête HYTPEAC, 2011

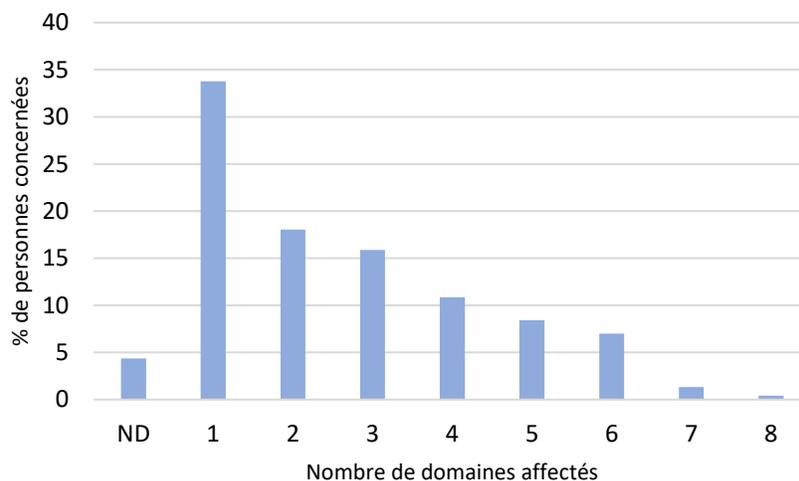


Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530

Lecture : Le taux de personnes se sentant limitées pour les activités appartenant au domaine de la toilette s'élève à 23,3%.

Figure 7. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de domaines d'activités affectés, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530

Lecture : Le taux de personnes déclarant être limitées dans un seul domaine d'activités s'élève à 33,8%.

Note : ND signifie non défini (personnes ayant répondu avoir un problème physique durable limitant, mais sans préciser le type de limitation). Les activités « autres » ont été regroupées dans un domaine « autre ».

Les résultats de l'enquête HID-VQS menée en 1999 auprès des personnes vivant à domicile âgées de 16 ans et plus montrent que, parmi une liste de sept types d'« incapacités fonctionnelles » (*difficultés à lire, reconnaître un visage, remplir un formulaire simple, parler et se faire comprendre, entendre, ramasser un objet, s'habiller*), la plus fréquente était la difficulté à ramasser un objet, puis les difficultés à lire, à entendre, à remplir un formulaire, à reconnaître un visage à quelques mètres, à s'habiller et enfin à parler et se faire comprendre (Ravaud, 2002).

Selon les analyses des données de l'enquête HSM menées par G. Bouvier (Bouvier, 2009), déclarer des difficultés motrices va presque toujours de pair avec une restriction globale d'activité.

3.3.2. Aides apportées

Toujours parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P) :

- **14,2%** (IC95% [9,0-21,8]) **utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant pour marcher ou se déplacer ;**
- 10,7% (IC95% [5,9-18,6]) déclarent avoir une prothèse²⁶ ;
- **13,6%** (IC95% [8,6-20,8]) **perçoivent une AAH, et 4,6%** (IC95% [1,8-11,2]) **une pension d'invalidité ;**
- **91,7%** (IC95% [87,7-94,4]) **ont eu un hébergement au cours des 12 derniers mois.**

Parmi les personnes se sentant *fortement* limitées (GALI-P) :

- **4,8%** (IC95% [2,5-9,1]) **utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant pour marcher ou se déplacer ;**
- 9,9% (IC95% [4,7-19,6]) déclarent avoir une prothèse²⁷ ;

²⁶ Plus de la moitié des personnes précisent qu'il s'agit d'une prothèse du membre inférieur, les autres ne donnent pas de précision (aucune ne précise qu'il s'agit d'une prothèse du membre supérieur).

²⁷ Comme précédemment, plus de la moitié précisent qu'il s'agit d'une prothèse du membre inférieur, les autres ne donnent pas de précision et aucun ne précise qu'il s'agit d'une prothèse du membre supérieur.

- **10,5% (IC95% [5,7-18,7]) perçoivent une AAH, et 4,6% (IC95% [1,3-14,7]) une pension d'invalidité ;**
- **92,6% (IC95% [88,8-95,2]) ont eu un hébergement au cours des 12 derniers mois.**

3.3.3. Identification de profils de limitations/restrictions chez les personnes sans domicile

3.3.3.1. Analyse des Correspondances Multiples

Les variables suivantes ont été intégrées dans l'analyse :

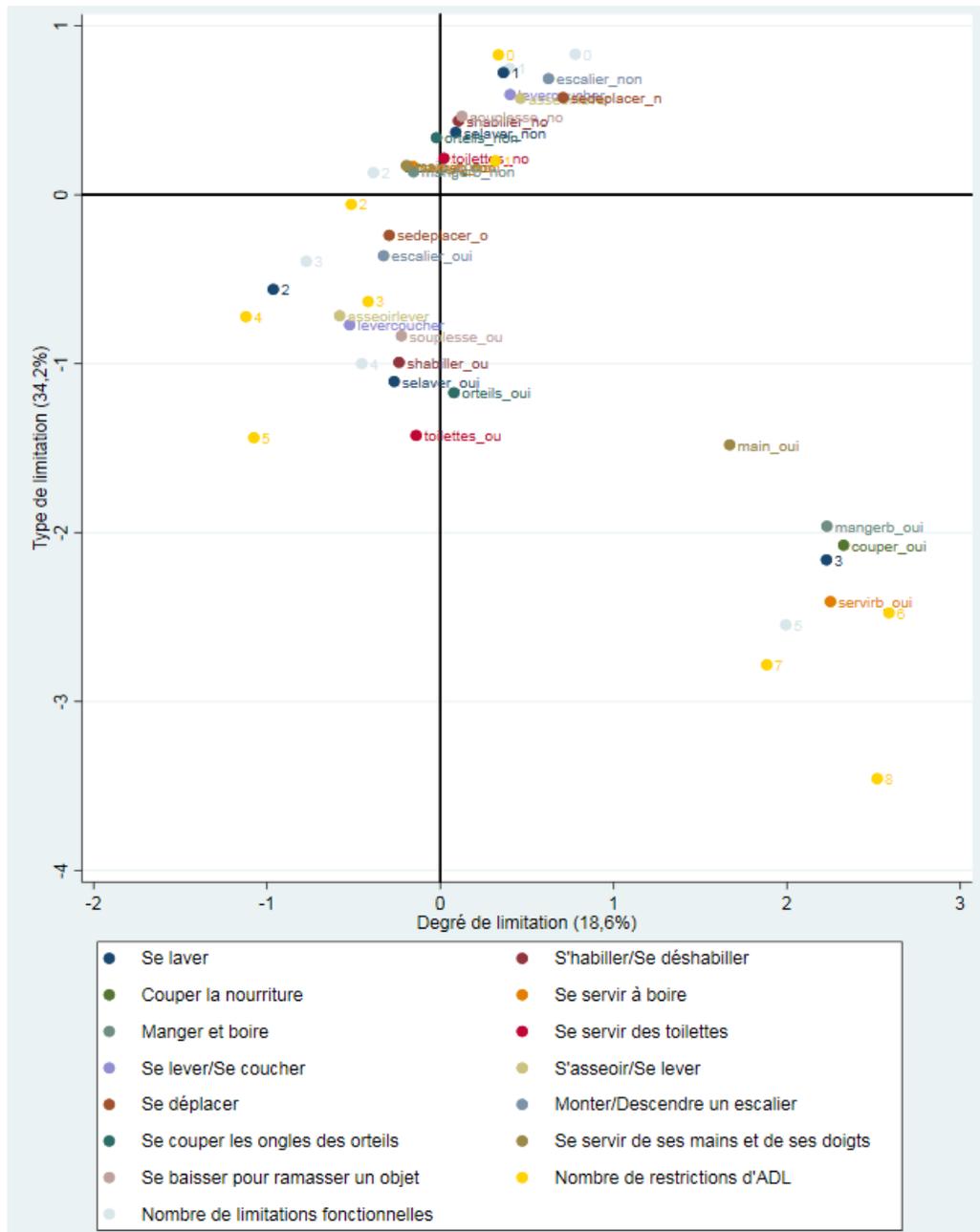
- Les restrictions d'ADL (8 variables actives)
- Les limitations fonctionnelles (5 variables actives)
- Une variable « compteur » pour le nombre de restrictions d'ADL (variable supplémentaire)
- Une variable « compteur » pour le nombre de limitations fonctionnelles (variable supplémentaire).

L'ACM a été réalisée sur 9811 individus parmi les 10 538 ayant déclaré une limitation du fait d'un problème physique durable (GALI-P). Les pertes sont principalement dues à des données manquantes, l'analyse factorielle ayant la caractéristique d'exclure les individus ayant au moins une donnée manquante sur l'ensemble des variables étudiées.

Au total, 15 variables dont 2 supplémentaires sont incluses dans l'analyse²⁸. Dans ce modèle, une chute d'inertie est observée à partir de la dimension 3. Ainsi, ont été retenus les deux premiers axes dont la pertinence permet d'expliquer une part significative de la variance totale (>50%) (**Annexe 5, Tableau A5.2**). La **figure 8** présente le plan factoriel décrivant les axes 1 et 2 de l'ACM qui représentent respectivement 34,2% et 18,6% de la variance totale.

²⁸ Lors d'une première ACM comprenant l'ensemble des ADL et dans laquelle la contribution moyenne, égale à l'inverse du nombre de modalités des variables actives utilisées, était donc de 3,6% (1/28) et la demi-contribution moyenne de 1,8%, un bruit blanc a été identifié. Il s'agit de la variable « se sentir limité.e pour contrôler ses selles et ses urines » dont aucune des modalités n'est contributive à la construction de l'un ou l'autre des axes. C'est pourquoi cette variable a été retirée dans le modèle final présenté ici.

Figure 8. Répartitions des modalités des restrictions d'ADL, des limitations fonctionnelles et des compteurs associés selon les deux premiers axes. Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Le premier axe à la verticale, le plus discriminant dans l'analyse, oppose les individus qui ne sont pas confrontés aux types de limitations étudiées à ceux que le sont.

Les variables « nombre de restrictions d'ADL » et « nombre de limitations fonctionnelles » semblent suivre l'axe vertical puisque l'on retrouve un gradient de haut en bas du graphique. Nous observons également une apparente corrélation entre ces deux variables qui adoptent le même comportement au sein du plan factoriel. Cela confirme que les limitations fonctionnelles sont la première étape vers les restrictions d'activités.

L'axe horizontal est également intéressant car il fait apparaître une division entre les limitations de type souplesse et/ou manipulation liée à l'alimentation (se servir de ses mains et/ou de ses doigts, couper de la nourriture, se servir à boire, manger ou boire) aux autres limitations.

Les coordonnées et contributions (en %) des modalités des variables aux deux axes après retrait du bruit blanc sont présentées en **annexe 5 (Tableau A5.3)** et les modalités des variables de limitation d'activités contribuant significativement à l'analyse des correspondances multiples (contribution supérieure à la demi-contribution moyenne qui est de 3,8% (1/26)) sont présentées ci-dessous.

Tableau 8. Modalités des variables de limitation d'activités contribuant significativement à l'analyse des correspondances multiples, Enquête HYTPEAC 2011

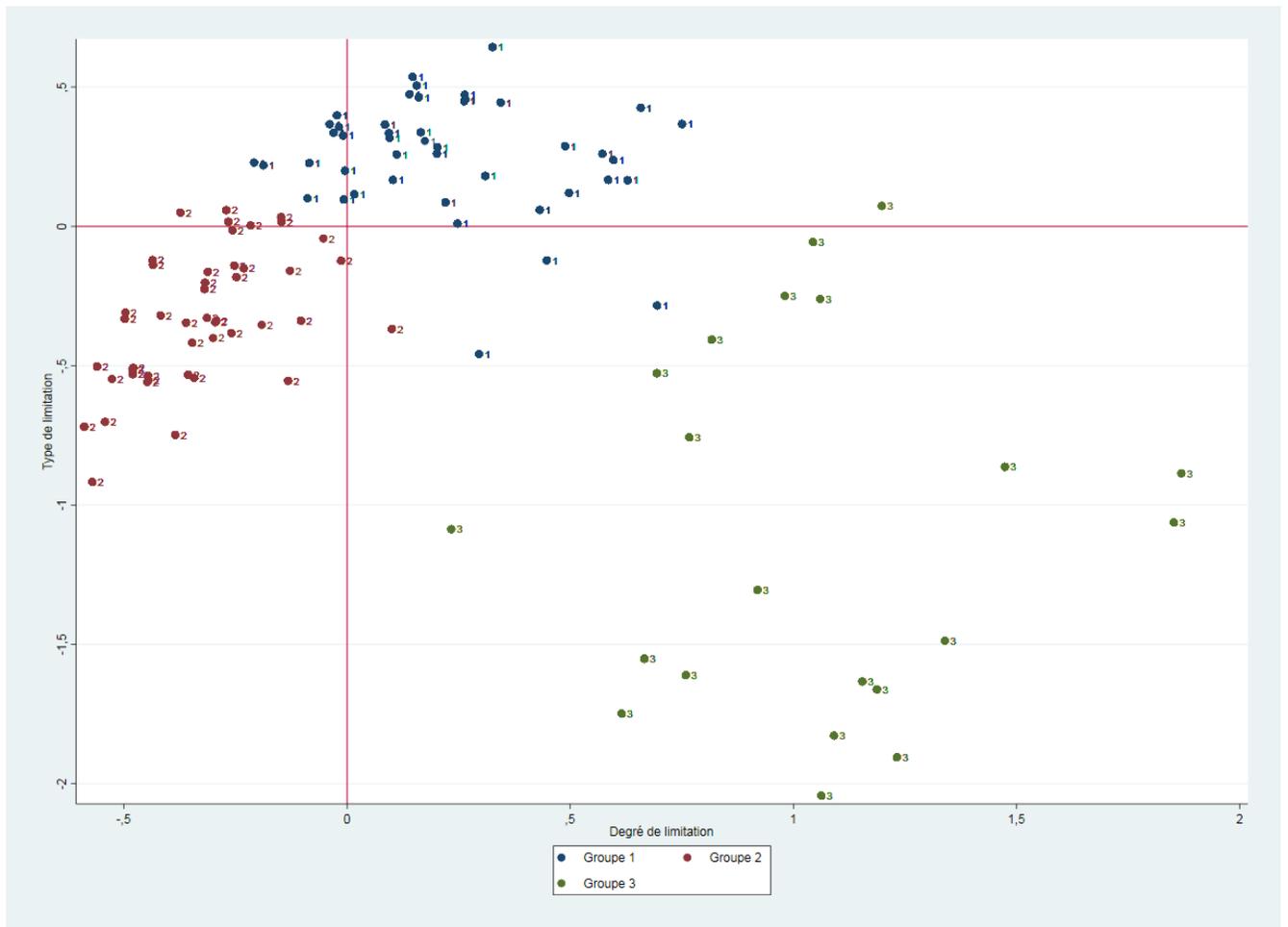
	Dimension 1		Dimension 2	
	Coordonnées positives	Coordonnées négatives	Coordonnées positives	Coordonnées négatives
Absence de limitation pour...				
Se lever et se coucher			S'asseoir et se lever	
S'asseoir et se lever			Se déplacer	
			Monter et descendre un escalier	
Limitation pour...				
		Se laver	Couper la nourriture	Se lever et se coucher
		S'habiller, se déshabiller	Se servir à boire	S'asseoir et se lever
		Couper la nourriture	Manger et boire	
		Se servir à boire	Se servir de ses mains et de ses doigts	
		Manger et boire		
		Se servir des toilettes		
		Se lever et se coucher		
		S'asseoir et se lever		
		Se couper les ongles des orteils		
		Se servir de ses mains et de ses doigts		
		Se baisser		

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Cette analyse multidimensionnelle a permis d'aboutir, grâce à la méthode des K-means, à une classification des individus partageant des caractéristiques identiques et répartis en 3 groupes (**Figure 9**).

Figure 9. Nuage des individus selon leur groupe d'appartenance, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Note : Le numéro indiqué à côté des points correspond à celui du groupe auquel appartient l'individu.

Le nuage d'individus montre une partition très nette des trois différents groupes identifiés.

3.3.3.2. Description des groupes issus de la classification

Le premier groupe concentre plus de la moitié des individus (53,8%, IC95% [52,8-54,8]), et le groupe 3 présente le plus faible effectif (7,9%, IC95% [7,4-8,4]).

Le groupe 1 est surreprésenté aux deux extrêmes des durées depuis le premier épisode sans domicile : 16,1% depuis un an ou moins, 27% depuis plus de 10 ans.

Le groupe 2 se démarquent des deux autres en ce qui concerne le sexe, l'âge et la situation professionnelle : les femmes, les personnes âgées, et les personnes déclarant avoir un emploi y sont significativement proportionnellement plus nombreuses que dans les autres groupes. Elles perçoivent moins souvent que les autres l'AAH (8,7%), mais elles bénéficient plus souvent d'une pension d'invalidité (9,1%) et sont plus souvent couvertes par l'AME (12,6%).

Les personnes qui constituent le groupe 3 sont proportionnellement environ deux fois plus nombreuses à avoir moins de 40 ans par rapport à celles du groupe 1 et du groupe 2. Elles sont significativement plus démunies financièrement que les autres : plus de la moitié ne perçoivent pas de revenu stable (salaires et prestations perçus au cours du mois dernier), contre environ un tiers des personnes au sein du groupes 1 (**Annexe 5, Tableau A5.6**). Elles sont significativement sous-représentées parmi les personnes ayant les parcours de rue les plus longs (durée de 11 ans ou plus depuis le premier épisode sans domicile). Ce sont également celles qui recourent le moins à l'hébergement d'urgence ou de réinsertion (dans les 12 mois précédant l'enquête) : la proportion de non-recourants stricts est jusqu'à presque 3 fois plus importante que parmi les autres groupes.

Huit personnes sur dix appartenant au groupe 1 se sentent globalement *fortement* limités (GALI-P) (**Tableau 9**). Ce résultat peut apparaître paradoxal compte tenu du fait qu'il s'agit du groupe qui présente les prévalences les plus faibles de restrictions d'ADL et de limitations fonctionnelles. Néanmoins, on constate que ce sont les personnes qui ont mentionné le plus souvent des limitations « autres » (dont certaines seraient classées comme limitations fonctionnelles comme rester debout, porter des charges, courir, mais aussi parler ; d'autres seraient classées comme restrictions d'IADL comme faire le ménage ou les courses ; et d'autres enfin seraient classées comme restrictions de participation à la vie sociale, comme faire du sport ou travailler)²⁹.

²⁹ Résultats non présentés dans ce rapport.

Tableau 9. Description des aides reçues selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	Groupe 1 % [IC95%]	Groupe 2 % [IC95%]	Groupe 3 % [IC95%]	Total % [IC95%]	<i>p</i>
Fortement limité	80,9 [79,9-82,0]	67,9 [66,4-69,3]	32,4 [29,2-35,8]	72,1 [71,2-73,0]	0,000
Percevoir l'AAH	18,1 [17,1-19,2]	8,7 [7,9-9,7]	18,9 [16,3-21,8]	14,6 [13,9-15,3]	0,000
Percevoir une pension d'invalidité	1,5 [1,2-1,9]	9,1 [8,2-10,1]	6,8 [5,2-8,8]	4,9 [4,5-5,3]	0,000
Recours à l'hébergement social*					0,000
Recourant exclusif	60,3 [59,0-61,7]	58,5 [56,9-60,0]	61,5 [58,0-64,9]	59,7 [58,7-60,7]	
Oscillant	30,0 [28,8-31,3]	35,2 [33,7-36,7]	22,1 [19,3-25,2]	31,4 [30,5-32,3]	
Non recourant strict	9,6 [8,9-10,5]	6,4 [5,6-7,2]	16,3 [13,9-19,1]	8,9 [8,4-9,5]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants, N=9 865

Lecture : Parmi les personnes appartenant au groupe 1 de la classification, 80,9% se sentent fortement limitées (GALI-P).

Note : * Les recours exclusifs désignent les personnes qui ont été hébergées tout au long des 12 derniers mois ; les oscillants celles qui ont alterné hébergement en centre et vie à la rue ; et les non recourants stricts celles qui ont été « sans abri » tout au long de cette période.

La description des taux de prévalence des restrictions d'activités et limitations fonctionnelles selon le groupe renseigne sur les disparités présentes entre les différents groupes (**Tableau 10**). Rappelons que tous les types de limitations fonctionnelles physiques n'ont pas été détaillés : les personnes n'ont pas été interrogées directement sur leurs limitations sensorielles (voir, entendre) ni sur des limitations de type « port de charges », « courir » ou « lever le bras ». Elles ne l'ont pas été non plus sur les IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne, comme faire le ménage, les courses...).

Les taux de prévalence de restrictions d'ADL associés au groupe 1 sont tous inférieurs à 10%, alors que ceux associés au groupe 2 sont très élevés (9 personnes sur 10) pour les transferts, et ceux associés au groupe 3 le sont (8 personnes sur 10) pour les restrictions liées aux capacités de manipulation (s'habiller, couper sa nourriture, se servir à boire).

Concernant les limitations fonctionnelles, les taux associés au groupe 1 varient de moins de 10% (souplesse et manipulation) à 54% (se déplacer), tandis que ceux associés au groupe 2 sont les plus élevés (95% des personnes) dans le domaine des déplacements (se déplacer, monter ou descendre un escalier), et ceux associés au groupe 3 sont les plus élevés (plus de 8 personnes sur 10) pour la souplesse et de la manipulation.

Tableau 10. Taux de prévalences des restrictions d'ADL et limitations fonctionnelles selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	Groupe 1 % [IC95%]	Groupe 2 % [IC95%]	Groupe 3 % [IC95%]	Total % [IC95%]	<i>p</i>
Restrictions d'ADL : se sent limité.e pour ...					
se laver	4,7 [4,2-5,3]	44,6 [43,1-46,2]	66,9 [63,5-70,2]	24,9 [24,1-25,8]	0,000
s'habiller / se déshabiller	5,9 [5,3-6,6]	55,2 [53,6-56,7]	77,7 [74,7-80,5]	30,4 [29,5-31,4]	0,000
couper la nourriture	1,2 [1,0-1,6]	0	83,9 [81,2-86,3]	7,3 [6,8-7,8]	0,000
se servir à boire	1,6 [1,3-1,9]	0	78,1 [75,1-80,9]	7,0 [6,5-7,5]	0,000
manger et boire	3,3 [2,9-3,8]	0	59,1 [55,6-62,5]	6,4 [6,0-6,9]	0,000
se servir des toilettes	1,2 [0,9-1,5]	24,4 [23,0-25,7]	39,9 [36,5-43,4]	13,1 [12,5-13,8]	0,000
se lever / se coucher	6,9 [6,3-7,7]	88,9 [87,8-89,8]	69,5 [66,2-72,6]	43,3 [42,3-44,3]	0,000
s'asseoir / se lever	7,5 [6,8-8,2]	92,7 [91,8-93,5]	58,2 [54,7-61,6]	44,1 [43,2-45,1]	0,000
Limitations fonctionnelles : se sent limité.e pour ...					
se déplacer	54,1 [52,8-55,5]	95,1 [94,3-95,7]	65,8 [62,3-69,0]	70,8 [69,8-71,6]	0,000
monter / descendre un escalier	42,8 [41,4-44,1]	94,6 [93,8-95,3]	75,8 [72,7-78,7]	65,2 [64,3-66,2]	0,000
se couper les ongles des orteils	6,2 [5,6-6,9]	34,1 [32,6-35,6]	74,8 [71,6-77,7]	22,4 [21,6-23,2]	0,000
se servir de ses mains et de ses doigts	4,9 [4,3-5,5]	2,8 [2,3-3,4]	85,1 [82,4-87,4]	10,4 [9,8-11]	0,000
se baisser pour ramasser un objet	9,9 [9,1-10,7]	62,0 [60,4-63,5]	82,0 [79,1-84,5]	35,5 [34,6-36,5]	0,000

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, nombre de répondants variant de 303 (N=9 811) à 304 (N=9 865)

Lecture : Parmi les personnes appartenant au groupe 1 de la classification, 4,7% se sentent limitées pour se laver.

Les groupes se distinguent également nettement en termes de nombre de restrictions d'activités et limitations fonctionnelles auxquelles les individus qui les composent sont confrontés. Il faut ici aussi prendre en considération le fait que seules les limitations détaillées dans le questionnaire ont été comptabilisées. Les individus déclarent entre 0 et 6 restrictions d'ADL ou limitations fonctionnelles au sein du groupe 1, entre 4 et 9 pour le groupe 2, et entre 3 et 13 pour le groupe 3 (**Annexe 5, Figure A5.1**). Des répartitions similaires

sont constatées lorsque l'on étudie séparément le nombre de restrictions d'ADL par personne et le nombre de limitations fonctionnelles par personne (**Annexe 5, Figures A5.2 et A5.3**).

Concernant la nature du ou des problèmes physiques jugés à l'origine des limitations ressenties (GALI-P), rappelons que la personne pouvait déclarer plus d'un problème, et que ces problèmes ont été classés selon les deux axes de la CISP-2.

Selon le premier axe de la CISP-2, dans tous les groupes, les problèmes ostéo-articulaires sont les problèmes les plus souvent déclarés, mais ils le sont plus souvent dans le groupe 2. Les problèmes neurologiques, respiratoires, oculaires et cardiovasculaires sont plus fréquents dans le groupe 3, dans lequel ils touchent 10 à 16% des personnes. Les problèmes généraux et non spécifiés (dont les séquelles de traumatismes anciens) sont plus fréquents dans les groupes 1 et 2 (**Tableau 11**).

Selon l'axe 2, les traumatismes (récents) sont plus souvent cités dans les groupes 1 et 2. Enfin, des problèmes de compréhension du français, associés à ce ou ces problèmes physiques sont plus souvent mentionnés dans le groupe 3 (32,3%, IC95% [15,0-16,5]), et dans une moindre mesure dans le groupe 2 (17,8%, IC95% [16,6-19,1]), que dans le groupe 1 (11,8%, IC95% [11,0-12,7]), ($p=0,000$).

Tableau 11. Fréquence du(des) problème(s) jugé(s) à l'origine de la limitation ressentie (GALI-P) selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	Groupe 1 % [IC95%]	Groupe 2 % [IC95%]	Groupe 3 % [IC95%]	Total % [IC95%]	<i>p</i>
Selon l'axe 1 de la CISP-2 :					
Général et non spécifié	11,7 [10,8-12,6]	8,7 [7,9-9,7]	5,0 [3,7-6,8]	10,0 [9,4-10,6]	0,000
Sang, hémato/immuno	1,9 [1,5-2,3]	0,05 [0,01-0,21]	0	1,0 [0,8-1,2]	
Système digestif	1,5 [1,2-1,9]	6,2 [5,4-7,0]	0	3,2 [2,9-3,6]	
Œil	8,4 [7,7-9,2]	0,5 [0,3-0,8]	14,5 [12,2-17,2]	5,8 [5,4-6,3]	0,000
Cardio-vasculaire	4,4 [3,8-4,9]	3,5 [2,9-4,1]	10,6 [8,6-12,9]	4,5 [4,1-4,9]	0,000
Ostéo-articulaire	42,7 [41,4-44,0]	58,2 [56,6-59,8]	32,8 [29,6-36,2]	47,9 [46,9-48,9]	0,000
Neurologique	8,0 [7,3-8,8]	0,3 [0,2-0,6]	15,4 [13,1-18,2]	5,7 [5,2-6,1]	0,000
Respiratoire	6,0 [5,4-6,7]	6,9 [6,1-7,7]	15,6 [13,2-18,3]	7,1 [6,6-7,6]	0,000
Peau	2,8 [2,4-3,3]	3,8 [3,2-4,5]	1,0 [0,5-2,0]	3,1 [2,7-3,4]	0,000
Métabolisme, nutritionnel, endocrinien	6,9 [6,3-7,7]	0,2 [0,1-0,5]	8,6 [6,8-10,8]	4,5 [4,1-4,9]	0,000
Système urinaire	0,7 [0,5-1,0]	0	0	0,4 [0,3-0,5]	
Selon l'axe 2 de la CISP-2 :					
Symptômes/plaintes	39,8 [38,5-41,1]	25,8 [24,4-27,2]	34,1 [30,8-37,5]	34,0 [33,1-34,9]	0,000
Infections	1,4 [1,1-1,7]	1,5 [1,2-1,9]	0	1,3 [1,1-1,6]	
Néoplasmes	1,0 [0,8-1,3]	0	0	0,5 [0,4-0,7]	
Traumatismes	16,3 [15,4-17,3]	16,8 [15,7-18,0]	12, [10,3-15,0]	16,2 [15,5-16,9]	0,011
Anomalies congénitales	0,3 [0,2-0,5]	0	12,2 [10,1-14,7]	1,1 [0,9-1,4]	
Autres	29,9 [28,7-31,1]	44,5 [42,9-46,1]	31,1 [28,0-34,5]	35,6 [34,6-36,5]	0,000

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants, N=9 865

Lecture : Parmi les personnes appartenant au groupe 1 de la classification, 11,7% estiment que la nature du problème à l'origine de la limitation ressentie est d'ordre général (et non spécifié).

Note : Lorsque l'effectif de l'une des classes est inférieur à 5 observations, le test du chi2 ne peut être réalisé car le résultat obtenu n'est pas significatif. Dans ce cas, la valeur de *p* n'est pas renseignée dans la dernière colonne du tableau.

Ce sont les personnes du groupe 1 qui sont significativement en proportion les moins nombreuses à utiliser des aides techniques (cane, béquilles ou fauteuil), mais les plus nombreuses à avoir une prothèse. A l'inverse, les personnes du groupe 3 utilisent plus souvent des aides techniques mais sont celles qui ont le moins souvent une prothèse (**Tableau 12**).

Tableau 12. Aides techniques selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	Groupe 1 %	Groupe 2 %	Groupe 3 %	Total %	<i>p</i>
	[IC95%]	[IC95%]	[IC95%]	[IC95%]	
Utilisation d'une canne, des béquilles ou un fauteuil	8,3 [7,6-9,1]	22,7 [21,4-24,1]	26,0 [23,0-29,2]	15,2 [14,5-15,9]	0,000
Avoir une prothèse	13,6 [12,7-14,6]	9,9 [9,0-10,9]	4,0 [2,8-5,7]	11,5 [10,8-12,1]	0,000

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, nombre de répondants variant de 297 (N=9734) à 302 (N=9830).

Lecture : Parmi les personnes appartenant au groupe 1 de la classification, 8,3% utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil.

3.3.3.3. Les facteurs liés à l'appartenance à un groupe

Nous analysons dans cette partie les facteurs associés au fait d'appartenir à un groupe ou à un autre. Parmi ceux-ci, les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, lieu de naissance, niveau d'étude), les ressources (avoir un emploi, percevoir des prestations sociales, type de couverture sociale maladie), le parcours d'hébergement (avoir eu recours à l'hébergement social au cours des 12 derniers mois, durée depuis le premier épisode sans-domicile), la consommation d'alcool et de drogue, et certains types de maladies chroniques déclarées (psychiques, cardio-vasculaires, respiratoires et du système digestif).

« Toutes choses égales par ailleurs », les personnes âgées de moins de 50 ans, nées en France, « moins mal insérées socialement », n'ayant pas recours à l'hébergement d'urgence, ont plus de chance d'appartenir au groupe 1.

Ainsi, appartenir à ce groupe est plus fréquent lorsque le premier épisode sans domicile a eu lieu entre 2 à 10 ans avant l'enquête (par rapport à celles qui l'ont connu il y a plus de 10 ans), et quand les personnes ont effectué des demandes concernant leur protection sociale et que celles-ci ont abouti : percevoir des prestations sociales, être couvertes par l'AME ou la PUMA.

Consommer de la drogue, souffrir de maladie psychique chronique sont liés à l'appartenance au groupe 1. L'absence de maladies chroniques respiratoire ou du système digestif, est également associée, indépendamment de l'âge, à l'appartenance à ce groupe.

L'appartenance au groupe 2 est liée, « toutes choses égales par ailleurs », aux situations inverses :

Ainsi, le fait d'être âgé de 50 ans ou plus, d'être né à l'étranger, de ne pas percevoir de prestations sociales, d'avoir eu recours à l'hébergement social au cours des 12 mois derniers mois, d'avoir connu le premier épisode sans domicile il y a plus de 10 ans, sont liés à l'appartenance à ce groupe, de même que l'absence de consommation de drogue ou de maladie psychique chronique et l'existence de maladies chroniques respiratoire ou du système digestif.

Elle est également liée à un niveau d'études supérieur au brevet et au fait d'avoir un travail.

Le groupe 3 a un profil intermédiaire.

Comme les personnes du groupe 2, les personnes appartenant au groupe 3 sont **plus souvent**, « toutes choses égales par ailleurs », **âgées de 50 ans ou plus, nées à l'étranger**, elles **perçoivent moins souvent des prestations sociales** et bénéficient **moins souvent d'une couverture sociale maladie**, et elles ont **moins souvent une maladie psychique chronique**.

A l'inverse du groupe 2, elles ont **plus souvent, un niveau d'études inférieur au brevet**, et sont **plus souvent sans emploi**. Elles ont **plus souvent** connu leur **premier épisode sans-domicile il y a 1 an ou moins**.

Comme les personnes du groupe 1, elles sont **plus souvent consommatrices d'alcool et/ou de drogue**, ou **atteintes de maladies chroniques respiratoire ou du système digestif**.

Enfin, elles sont **plus souvent atteintes de maladie chronique cardio-vasculaire**.

Notons que les analyses multivariées réalisées par S. Dos Santos et Y. Makdessi (Dos Santos, 2010) à partir des données de l'enquête HSM2008, qui portent sur les limitations fonctionnelles et les restrictions dans les activités essentielles et instrumentales de la vie quotidienne, quelles qu'en soit l'origine, font apparaître des

profils d'autonomie dans la vie quotidienne différents selon les tranches d'âge : deux profils seulement pour les 20-39 ans (les personnes « autonomes » et les « dépendantes »), quatre groupes pour les personnes âgées de 40 ans et plus, quelle que soit la tranche d'âge : les personnes « **autonomes** » ; celles en situation d'« **autonomie modérée** », ayant des difficultés motrices (*marcher, porter des charges ou se baisser/s'agenouiller*), cognitives, et des difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (*courses, ménage, démarches administratives*), mais quasiment sans restriction absolue dans les activités essentielles du quotidien ; celles considérées comme « **dépendantes** », qui ont les mêmes limitations mais avec une fréquence nettement plus élevée, ainsi que des problèmes d'incontinence et quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante, comme *se laver* ou *s'habiller* ; et enfin, celles considérées comme « **fortement dépendantes** », qui présentent des difficultés majeures dans tous les domaines et des difficultés fréquentes à réaliser des actes de la vie courante. Cette typologie diffère de celle que nous avons obtenue, notamment parce que nous ne disposions pas, à la différence de HSM, d'information sur les difficultés cognitives et les IADL.

3.4. Facteurs associés au ressenti de limitation(s) d'activité (GALI-P)

3.4.1. Quelle que soit l'importance des limitations ressenties

Les chiffres de l'enquête HYTPEAC présentés ci-dessous ne concernent que les répondants, dont le nombre varie selon les questions.

Les caractéristiques de la population (**paragraphe 4.2**) susceptibles d'influencer la prévalence de(s) limitation(s) ressentie(s) (variable GALI-P) ont été croisées avec cette dernière variable. Le **tableau 13** détaille les taux de prévalence pour chacune des variables qui ont ensuite été prises en compte dans l'analyse multivariée (variables associées à la variable GALI-P avec un $p < 0,25$), à l'exception de la présence d'au moins une maladie chronique³⁰ (en partie redondante avec la variable à expliquer), de la nationalité³¹ (en

³⁰ Deux-tiers des personnes déclarant au moins une maladie chronique ressentait une(des) limitation(s) (GALI-P) (66,4%, IC95% [58,2-73,7]), *versus* un tiers de celles n'en déclarant aucune (33,6%, IC95% [26,3-41,8]), ($p < 10^{-4}$). Ce sont surtout les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire ou ostéo-articulaire qui ressentent plus souvent une(des) limitations (GALI-P) (voir détail en **annexe 6**).

³¹ Les taux de prévalence de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) sont de 38,1% (IC95% [28,5-48,7]) chez les personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne, de 34,2% (IC95% [20,0-52,0]) chez les ressortissants de l'Union Européenne, et de 29,3% (IC95% [23,0-36,5]) chez les ressortissants français ($p = 0,23$).

partie redondante avec le lieu de naissance), de la durée de l'épisode sans domicile en cours au moment de l'enquête³² (en partie redondant avec le délai écoulé depuis le premier épisode sans domicile) et de la perception d'une AAH ou d'une pension d'invalidité (considérées comme des conséquences de la variable à expliquer).

³² Dans les deux cas une augmentation significative de la prévalence de(s) limitation(s) (GALI-P) est observée avec l'allongement de la durée de l'épisode sans domicile en cours /du délai écoulé depuis le premier épisode sans domicile.

Tableau 13. Taux de prévalence estimé de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	N estimé	[IC95%]	Taux de prévalence estimé	[IC95%]	p
Sexe					0,1119
Homme	6 905	[5 338-8 472]	29,7	[24,3-35,7]	
Femme	3 625	[2 013-5 236]	38,4	[28,1-49,8]	
Age					0,0027
18-29 ans	955	[448-1 463]	17,3	[10,2-27,8]	
30-39 ans	1 755	[1 089-2 422]	24,0	[15,8-34,7]	
40-49 ans	3 646	[2 493-4 799]	41,0	[31,5-51,3]	
50-59 ans	2 626	[1 461-3 791]	35,1	[24,7-47,1]	
60-69 ans	1 443	[675-2 211]	43,6	[29,4-59,0]	
≥ 70 ans	104	[-27-235]	74,5	[37,9-93,3]	
Recours à l'hébergement					0,2395
Non	878	[549-1 207]	25,8	[17,2-36,7]	
Oui	9 652	[7 471-11 833]	32,9	[27,0-39,5]	
Né en France					0,0795
Non	6 686	[5 005-8 367]	35,5	[28,6-43,1]	
Oui	3 844	[2 818-4 871]	27,7	[21,3-35,2]	
Niveau d'études inférieur au brevet					0,0378
Non	6 471	[4 868-8 073]	36,2	[29,9-43,0]	
Oui	4 014	[2 887-5 141]	27,3	[20,5-35,3]	
Travail					0,2146
Non	8 626	[6 633-10 619]	33,6	[27,7-40,2]	
Oui	1 904	[1 068-2 740]	27,0	[18,7-37,3]	
Ressources fixes					0,0311
Non	4 341	[2 949-5 733]	39,6	[30,5-49,5]	
Oui	6 189	[4 620-7 758]	28,5	[22,7-35,1]	
Mendicité					0,0833
Non	8 381	[6 403-10 360]	30,5	[24,9-36,8]	
Oui	1 721	[1 084-2 357]	39,9	[30,4-50,3]	
Dons de proches ou d'associations					0,1560
Non	7 723	[5 795-9 652]	30,4	[25,0-36,4]	
Oui	2 698	[1 542-3 854]	38,7	[27,4-51,4]	
Durée depuis le premier épisode sans domicile					0,0003
< 1 an	666	[314-1 018]	15,2	[8,5-25,7]	
[1-2 ans]	1 783	[1 075-2 492]	22,0	[14,6-31,8]	
[3-9 ans]	4 808	[3 084-6 532]	43,5	[34,0-53,5]	
≥ 10 ans	3 028	[2 038-4 017]	34,9	[26,4-44,4]	
Consommation régulière de cocaïne/crack au cours de l'année					0,0366
Non	10 150	[7 963-12 337]	31,7	[26,2-37,8]	
Oui	380	[155-604]	53,5	[32,7-73,1]	
AME					0,2291
Non	9 032	[6 982-11 081]	31,3	[25,6-37,5]	
Oui	1 323	[615-2 032]	40,9	[26,2-57,4]	
Dernière consultation médicale il y a moins d'1 an					0,0167
Non	1 075	[428-1 721]	18,4	[10,3-30,7]	
Oui	9 145	[7 114-11 176]	35,4	[29,1-38,4]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, nombre de répondants variant de 950 (N=30 649) à 1003 (N=32 719)

Lecture : Parmi les femmes, 38,4% se sentent limitées (GALI-P).

Les taux de prévalence de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) varient logiquement selon l'âge. Ces variations sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes (**Tableau 14**).

Tableau 14. Taux de prévalence estimé de limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon l'âge et le sexe. Enquête HYTPEAC, 2011

	Hommes (N=23 210)	Femmes (N=9 451)	Total (N=32 661)	
	Prévalence estimée	Prévalence estimée	Prévalence estimée	<i>p</i>
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	
18-29 ans	19,0 [9,4-34,6]	15,0 [7,5-27,9]	17,3 [10,2-27,8]	0,6126
30-39 ans	24,8 [15,6-37,0]	22,3 [8,8-45,9]	24,0 [15,8-34,7]	0,8247
40-49 ans	38,6 [29,0-49,0]	49,1 [28,6-69,8]	41,0 [31,5-51,3]	0,3487
50-59 ans	28,0 [19,8-37,8]	57,3 [32,5-78,9]	35,1 [24,7-47,1]	0,0223
60-69 ans	30,8 [17,8-47,7]	79,9 [53,7-93,2]	43,6 [29,4-59,0]	0,0019
≥ 70 ans	87,3 [52,7-97,7]	14,3 [3,5-42,9]	74,5 [37,9-93,3]	0,0001
Total	29,8 [24,4-35,7]	38,4 [28,1-49,8]	32,2 [26,8-38,2]	0,1119
<i>p</i>	0,0556	0,0009	0,0027	0,0027

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1002 répondants, N=32 661

Lecture : Parmi les hommes âgés de 18 à 29 ans, 19% se sentent limités (GALI-P).

Une prévalence de(s) limitation(s) (GALI-P) plus importante ($p < 0,05$) est observée :

- chez les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au brevet des collèges par rapport à celles ayant un niveau égal ou supérieur au brevet ;
- chez les personnes n'ayant pas de ressources fixes, c'est-à-dire ne percevant ni salaire ni prestations sociales, par rapport à celles qui en perçoivent ;
- chez les personnes ayant eu une consultation médicale il y a moins d'1 an au moment de l'enquête par rapport à celles ayant eu leur dernière visite chez le médecin il y a 1 an ou plus.

On observe enfin une augmentation significative de la proportion de personnes ressentant une(des) limitation(s) (GALI-P) selon la durée **depuis la 1^{ère} expérience de vie sans domicile** (**Tableau 15**). Cette augmentation est confirmée par une régression de poisson ajustée sur l'âge significative et mettant en évidence des rapports de prévalences suivant la même évolution (données non présentées).

Tableau 15. Prévalences de la limitation ressentie (GALI-P) selon la durée de l'épisode de vie sans domicile en cours. Enquête HYTPEAC, 2011

Durée	Non limité		Limité		p
	N estimé	Prévalence estimée % [IC95%]	N estimé	Prévalence estimée % [IC95%]	
<1 an	4 323 [2 896-5 050]	82,8 [73,7-89,2]	900 [507-1 293]	17,2 [10,8-26,3]	
[1-3 ans[	6 777 [4 646-8 909]	74,9 [65,2-82,6]	2 271 [1 489-3 053]	25,1 [17,4-34,8]	
[3-10 ans[	5 620 [4 356-6 884]	53,4 [43,4-63,2]	4 904 [3 111-6 698]	46,6 [36,8-56,7]	
≥10 ans	3 486 [2 524-4 449]	64,7 [51,9-75,6]	1 905 [1 096-2 715]	35,3 [24,4-48,1]	
Total	20 207 [17 010-23 404]	66,9 [60,9-72,5]	9 981 [7 896-12 065]	33,1 [27,5-39,1]	0,0002

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 902 répondants, N=30 188

Lecture : Parmi les personnes ayant perdu pour la première fois leur logement il y a moins d'un an, 17,2% se sentent limitées (GALI-P).

Les personnes ayant consommé régulièrement de la cocaïne et/ou du crack au cours de l'année ressentaient plus souvent une(des) limitation(s) GALI-P que ceux en consommant de manière irrégulière (53,5% (IC95% [32,7-73,1]) versus 31,7% (IC95% [26,2-37,8]) (p=0,0366).

Les variables associées à la limitation d'activités avec un $p < 0,25$ ont donc été incluses dans un modèle de régression de Poisson pas à pas descendant. A l'issue de cette démarche, huit variables restent significativement associées à l'existence de limitation(s) ressentie(s) (GALI-P), à savoir : le sexe, l'âge, le niveau d'études (inférieur ou non au brevet), l'existence ou l'absence de ressources fixes (salaire et/ou prestations sociales), le fait de bénéficier ou non de dons de proches ou d'associations, le fait d'avoir connu sa première expérience de vie sans domicile il y a plus ou moins d'un an, d'avoir ou non consommé de la cocaïne/crack au cours de l'année et d'avoir ou non vu un médecin il y a moins d'1 an (**Tableau 16**).

Tableau 16. Prévalences estimées, rapports de prévalences ajustés et facteurs associés à l'existence de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) (analyses multivariées) chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	%*	IC95%	Analyse multivariée			
			réf.	RP**	IC95%	p
Être une femme						
Non	29,7	[24,3-35,7]		réf.		
Oui	38,4	[28,1-49,8]		1,35	[1,03-1,77]	0,029
Age*						
18-29 ans	17,3	[10,2-27,8]	24	réf.		0,0023
30-39 ans	24,0	[15,8-34,7]	34	1,38	[1,06-1,80]	
40-49 ans	41,0	[31,5-51,3]	44	1,77	[1,28-2,46]	
50-59 ans	35,1	[24,7-47,1]	54	2,10	[1,38-3,19]	
60-69 ans	43,6	[29,4-59,0]	64	2,36	[1,42-3,92]	
≥ 70 ans	74,5	[37,9-93,3]	79	2,65	[1,43-4,90]	
Niveau d'étude inférieur au brevet						
Non	27,3	[20,5-35,3]		réf.		
Oui	36,2	[29,9-43,0]		1,38	[1,05-1,82]	0,022
Ne pas avoir de ressources fixes (salaire et/ou prestations sociales)						
Non	28,5	[22,7-35,1]		réf.		
Oui	39,6	[30,5-49,5]		1,41	[1,04-1,90]	0,027
Dons de proches ou d'associations						
Non	30,4	[25,0-36,4]		réf.		
Oui	38,7	[27,4-51,4]		1,35	[1,01-1,82]	0,044
Durée depuis le 1^{er} épisode de vie sans domicile***						
< 1 an	15,2	[8,5-25,7]	0	réf.		0,0075
[1-3 ans[	22,0	[14,6-31,8]	2	1,79	[1,25-2,58]	
[3-10 ans[	43,5	[34,0-53,5]	6	2,32	[1,38-3,89]	
≥ 10 ans	34,9	[26,4-44,4]	36	1,55	[0,88-2,75]	
Consommation régulière de cocaïne/crack au cours de l'année						
Non	31,7	[26,2-37,8]		réf.		
Oui	53,5	[32,7-73,1]		1,63	[0,94-2,82]	0,008
Dernière consultation médicale il y a moins d'1 an						
Non	18,4	[10,3-30,7]		réf.		0,022
Oui	35,4	[29,1-38,4]		1,91	[1,10-3,32]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 938 répondants, N=30 899

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont 1,35 fois plus de chance que les hommes de ressentir une limitation (GALI-P).

Note : * Le symbole « % » désigne le taux de prévalence estimé

** L'expression « RP » désigne le rapport de prévalences

***Variable modélisée par un polynôme fractionnaire. Le rapport de prévalences présenté est celui de la valeur centrale de l'intervalle correspondant aux différentes modalités de variables.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la limitation ressentie (GALI-P) est 1,35 fois plus fréquente chez les femmes, augmente avec l'âge des personnes, est 1,38 fois plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au brevet, 1,41 fois plus fréquente chez celles ne percevant pas de ressources fixes, et 1,35 fois plus fréquente chez celles bénéficiant de dons de proches ou d'associations.

De même, les personnes ayant vécu leur première perte de logement il y a plus d'1 an étaient plus nombreuses à ressentir une(des) limitation(s) (GALI-P). Le rapport de prévalences augmente jusqu'à [3-10 ans] pour ensuite diminuer.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, les personnes ayant consommé de la cocaïne et/ou du crack au cours de l'année, et celles ayant vu un médecin il y a moins d'1 an, sont respectivement 1,63 et 1,91 fois plus nombreuses à ressentir une(des) limitation(s) (GALI-P).

Il est à noter un possible problème d'endogénéité partielle entre la variable à expliquer (GALI-P) et deux des variables introduites dans le modèle :

- la durée depuis la dernière consultation médicale, cette dernière pouvant avoir été motivée par le problème physique limitant les personnes dans leurs activités quotidiennes ;
- l'existence/l'absence de ressources fixes (salaire et/ou prestations sociales) : la perception d'un salaire peut être restreinte du fait de la limitation d'activités lié à un problème physique, mais à l'inverse la perception de prestations sociales, notamment l'AAH, peut être favorisée par ce même motif. Ces deux conséquences agissant en sens inverse concernent la même variable, l'endogénéité partielle est donc potentiellement annulée.

3.4.2. Pour les *fortes* limitations ressenties

Cette nouvelle analyse se concentre sur la recherche des facteurs associés à l'existence d'une(de) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P), touchant 23,2% (IC95% [18,9-28,1]) de la population. Le **tableau 17** détaille les taux de prévalence pour chacune des variables qui seront prises en compte dans l'analyse multivariée.

Tableau 17. Prévalences de(s) forte(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	N estimé	[IC95%]	Prévalence estimée	[IC95%]	p
Être une femme					0,2940
Non	5 064	[3 803-6 325]	21,8	[17,2-27,1]	
Oui	2 525	[1 232-3 817]	26,7	[18,8-36,4]	
Age					0,055
18-29 ans	537	[256-818]	9,7	[5,6-16,4]	
30-39 ans	1 356	[759-1 952]	18,5	[11,7-28,1]	
40-49 ans	2 863	[1 809-3 916]	32,2	[23,2-42,7]	
50-59 ans	2 021	[924-3 119]	27,0	[17,1-39,9]	
60-69 ans	717	[250-1 183]	21,7	[12,1-35,7]	
≥ 70 ans	96	[-35-226]	68,6	[30,7-91,5]	
Recours à l'hébergement					0,1107
Non	562	[341-783]	16,5	[10,6-24,7]	
Oui	7 027	[5 285-8 769]	24,0	[19,2-29,5]	
Né en France					0,1982
Non	4 865	[3 363-6 368]	25,8	[19,7-33,1]	
Oui	2 723	[1 801-3 646]	19,6	[14,0-26,7]	
Niveau d'études inférieur au brevet					0,0274
Non	2 683	[1 845-3 521]	18,2	[13,3-24,5]	
Oui	4 905	[3 456-6 355]	27,4	[21,6-34,2]	
Durée depuis le premier épisode sans domicile					0,0374
< 1 an	566	[233-900]	13,0	[6,9-23,0]	
[1-3 ans[	1 383	[792-1 973]	17,1	[11,1-25,3]	
[3-10 ans[	3 344	[1 920-4 767]	30,3	[21,6-40,6]	
≥ 10 ans	2 191	[1 291-3 090]	25,2	[17,6-34,8]	
Consommation de cocaïne/crack au cours de l'année					0,1748
Non	7 071	[5 334-8 807]	22,6	[18,1-27,8]	
Oui	518	[88-948]	36,6	[18,6-59,3]	
Consommation régulière de drogues de synthèse au cours de l'année					0,2080
Non	7 494	[5 731-9 257]	23,1	[18,8-28,0]	
Oui	95	[-28-218]	44,7	[14,0-80,1]	
Fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année					0,2428
Jamais	2 537	[1 320-3 753]	19,2	[12,7-28,0]	
≤ 1 fois par semaine	2 115	[1 220-3 010]	24,4	[16,9-34,0]	
> 1 fois par semaine	2 923	[2 001-3 845]	27,8	[19,1-28,4]	
Dernière consultation médicale il y a moins d'1 an					0,0846
Non	796	[188-1 404]	13,6	[6,5-26,4]	
Oui	6 555	[4 877-8 233]	25,4	[20,3-31,3]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, nombre de répondants variant de 950 (N=30 649) à 1003 (N=32 719)

Lecture : Parmi les femmes, 26,7% ressentent une forte limitation (GALI-P).

La prévalence de(s) forte(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) augmente ici aussi avec l'âge, mais les variations sont cette fois plus marquées chez les hommes (**Tableau 18**).

Tableau 18. Prévalences de la *forte* limitation d'AVQ selon l'âge chez les hommes et les femmes, Enquête HYTPEAC, 2011

	Hommes (N=23 210)	Femmes (N=9 451)	Total (N=32 661)	
	Prévalence estimée	Prévalence estimée	Prévalence estimée	<i>p</i>
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	
18-29 ans	6,1 [2,6-14,0]	14,6 [7,2-27,4]	9,7 [5,6-16,4]	0,0933
30-39 ans	18,8 [11,1-30,2]	17,9 [6,7-39,8]	18,5 [11,7-28,1]	0,9231
40-49 ans	33,4 [23,8-44,6]	28,2 [11,7-53,8]	32,2 [23,2-42,7]	0,6734
50-59 ans	19,0 [12,0-28,7]	52,1 [26,9-76,3]	27,0 [17,1-39,9]	0,0088
60-69 ans	19,8 [8,8-38,7]	27,0 [10,6-53,7]	21,7 [12,1-35,7]	0,6000
≥ 70 ans	80,8 [42,2-96,0]	11,0 [2,8-34,5]	68,6 [30,7-91,5]	0,0001
Total	21,8 [17,3-27,1]	26,7 [18,8-36,4]	23,2 [19,0-28,2]	0,2940
<i>p</i>	0,0014	0,0775	0,0055	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1002 répondants, N=32 661

Lecture : Parmi les hommes âgés de 18 à 29 ans, 6,1% ressentent une *forte* limitation (GALI-P).

La prévalence de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) est significativement plus importante chez les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au brevet.

Comme dans les analyses précédentes, certaines variables n'ont pas été introduites dans l'analyse multivariée, malgré l'existence de liens statistiques avec la(les) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P).

C'est le cas notamment de :

- l'existence d'au moins une maladie chronique, en raison de ses liens étroits avec l'existence de *fortes* limitations ressenties. De fait les personnes déclarant au moins une maladie chronique étaient 32,8% (IC95% [25,5-41,0]) à également ressentir de *forte(s)* limitation(s) (GALI-P) contre 15,6% (IC95% [11,3-21,1]) des celles n'en déclarant aucune ($p=0,0003$) ;
- la durée de l'épisode sans domicile en cours ($p=0,0367$), car cette variable est en partie redondante avec le temps écoulé depuis la première expérience de vie sans domicile ;
- la perception d'une AAH ou d'une pension d'invalidité, qui sont en partie des conséquences de la (des) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P).

A l'inverse, bien que statistiquement non associée à l'existence de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) dans l'analyse univariée, la variable sexe a été ajoutée et maintenue tout au long du processus de sélection dans le modèle de régression de Poisson pas à pas descendant.

Les variables Age et « Durée écoulée depuis la 1^{ère} expérience de vie sans domicile » ont été laissées en format « continu » dans l'analyse multivariée. A l'issue de cette démarche les variables restant associées à la *forte* limitation ressentie (GALI-P) sont l'âge, le fait d'être ou non né à l'étranger, d'avoir ou non un niveau d'étude inférieur au brevet, et de consommer ou non de l'alcool régulièrement (bien que les rapports de prévalences ne soient pas, à nouveau, très élevés). Dans le modèle final, le sexe est associé à l'existence de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P). Les résultats du modèle explicatif de la prévalence de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) sont présentés dans le **tableau 19**.

Tableau 19. Prévalences estimées, rapports de prévalences ajustés et facteurs associés à l'existence de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) (analyses multivariées) chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	%*	IC95%	Analyse multivariée			
			réf.	RP**	IC95%	<i>p</i>
Être une femme						
Non	21,8	[17,2-27,1]		réf.		
Oui	26,7	[18,8-36,4]		1,59	[1,10-2,27]	0,013
Age***						
18-29 ans	9,7	[5,6-16,4]	24	réf.		0,009
30-39 ans	18,5	[11,7-28,1]	34	1,95	[1,33-2,86]	
40-49 ans	32,2	[23,2-42,7]	44	2,82	[1,60-4,99]	
50-59 ans	27,0	[17,1-39,9]	54	3,03	[1,64-5,59]	
60-69 ans	21,7	[12,1-35,7]	64	2,41	[1,24-4,70]	
≥ 70 ans	68,6	[30,7-91,5]	79	0,98	[0,27-3,56]	
Être né à l'étranger						
Non	19,6	[14,0-26,7]		réf.		
Oui	25,8	[19,7-33,1]		1,48	[1,03-2,11]	0,033
Niveau d'étude inférieur au brevet						
Non	18,2	[13,3-24,5]		réf.		
Oui	27,4	[21,6-34,2]		1,58	[1,11-2,25]	0,012
Fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année						
Jamais	19,2	[12,7-28,0]		réf.		0,0223
≤ 1 fois par semaine	24,4	[16,9-34,0]		1,47	[0,96-2,26]	0,076
> 1 fois par semaine	17,8	[19,1-28,4]		1,74	[1,17-2,61]	0,007

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 985 répondants, N=32 180

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont 1,59 fois plus de chance que les hommes de ressentir une *forte* limitation (GALI-P).

Note : * Le symbole « % » désigne le taux de prévalence estimé

** L'expression « RP » désigne le rapport de prévalences

***Variable modélisée par un polynôme fractionnaire. Le rapport de prévalences présenté est celui de la valeur centrale de l'intervalle correspondant aux différentes modalités de variables.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont une prévalence de *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) 1,59 fois plus importante que les hommes.

On constate que le rapport de prévalence augmente avec l'âge jusqu'à la classe d'âge [50-59 ans] et qu'ensuite il diminue. Cette décroissance pourrait s'expliquer par des effectifs plus faibles dans ces classes d'âges élevés du fait d'une espérance de vie plus courte chez les personnes sans domicile qu'en population générale, une espérance de vie qui pourrait être d'autant plus courte chez les personnes ressentant une(des) *fortes* limitations (GALI-P).

Les personnes nées à l'étranger sont également 1,48 fois plus nombreuses que celles nées en France à ressentir une(des) *forte(s)* limitation(s) (GALI-P). Ce résultat est cohérent avec d'autres enquêtes sur la santé des migrants comme Trajectoires et Origines : enquête sur la diversité des populations en France (TeO) réalisée en 2008 ou Enfants et familles sans logement (ENFAMS) conduite en 2013. En effet, bien que les personnes migrantes soient en général des personnes en meilleures santé, au moment de leur départ, que celles de leur pays d'origine, l'enquête TeO a montré que les personnes immigrées en France déclaraient un plus mauvais état de santé que les personnes de la population majoritaire (Cognet, 2012). De la même manière l'enquête ENFAMS a mis en évidence l'influence et le rôle de facteurs biographiques et l'emprise des conditions de vie difficiles sur la santé des personnes migrantes sans domicile (Observatoire du Samusocial de Paris, 2014).

En outre, les personnes avec un niveau d'étude inférieur au brevet sont 1,58 fois plus nombreuses que celles ayant un niveau égal ou supérieur au brevet à ressentir une(es) *forte(s)* limitation(s) (GALI-P). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes peu qualifiées ont plus souvent accès à des métiers physiques qui, d'une part, usent l'organisme plus rapidement et, d'autre part, sont susceptibles de provoquer des accidents ou traumatismes pouvant induire des séquelles.

Enfin, le rapport de prévalence augmente avec la fréquence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois. Bien que les personnes consommant de l'alcool une fois ou moins par semaine ne soient pas significativement plus nombreuses à ressentir une(des) *forte(s)* limitation(s) (GALI-P) que celles qui ne consomment jamais d'alcool, ce n'est pas le cas des personnes consommant de l'alcool une fois ou plus par semaine. Ces dernières sont en effet 1,74 fois plus nombreuses à ressentir une(des) *forte(s)* limitation(s) (GALI-P) et la variable est également globalement associée au fait de déclarer une limitation *forte* d'activité. Il est à noter que la consommation fréquente d'alcool, surtout si elle dure depuis longtemps, peut être à l'origine de maladies chroniques, comme par exemples des neuropathies, pouvant limiter les activités quotidiennes.

3.4.3. Au total

Rappelons que les personnes ressentant de *fortes* limitations constituent un sous-ensemble de celles ressentant des limitations, sans précision sur leur intensité. Ressentir une (des) limitation(s), sans précision, et ressentir une (de) *forte(s)* limitation(s) (GALI-P), sont associés au sexe, à l'âge et à un niveau d'étude inférieur au brevet. Le fait d'être né à l'étranger et de consommer de l'alcool plus d'une fois par semaine sont associés au ressenti d'une (de) *forte(s)* limitation(s), mais pas à celui d'une (des) limitation(s) sans précision. A l'inverse, l'absence de ressources fixes (salaire et/ou prestations sociales), le fait de bénéficier de dons de proches ou d'associations, celui d'avoir connu sa première expérience de vie sans domicile il y a plus d'un an, d'avoir consommé de la cocaïne/crack au cours de l'année et d'avoir vu un médecin il y a moins d'1 an, sont associés au ressenti d'une (des) limitation(s), sans précision, mais pas à celui d'une (de) *forte(s)* limitation(s).

3.5. Focus sur la(les) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon le sexe

Rappelons que la proportion de femmes était de 28,9% dans l'ensemble de la population HYTPEAC, de 38,4% parmi les personnes s'estimant limitées, et de 26,7% parmi celles s'estimant *fortement* limitées dans leurs activités quotidiennes (question GALI-P) contre, respectivement, 71,1%, 29,7% et 21,8% des hommes. Le nombre de problèmes signalés comme étant à l'origine des limitations ne diffère pas selon le sexe (**Annexe 7** pour une présentation détaillée pour chaque sexe).

La nature des « problèmes physiques » durables considérés comme étant à l'origine des limitations d'activité déclarées par les personnes, et classés selon les deux axes de la CISP-2 (**paragraphe 3.3**), diffère selon le sexe (**Tableau 20**). D'après le premier axe de cette classification, pour près de la moitié des hommes comme des femmes il s'agit d'au moins un trouble ostéo-articulaire. Pour les femmes viennent ensuite les problèmes respiratoires et les problèmes ophtalmologiques. Les hommes déclarent plus souvent des problèmes classés comme des problèmes généraux et non spécifiés comme les séquelles de fractures anciennes, et des problèmes cardio-vasculaires. D'après le second axe de la classification, pour un tiers des hommes comme des femmes, leurs limitations d'activité sont liées à des « symptômes et plaintes ». En revanche, elles sont beaucoup plus souvent liées à des traumatismes pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 20. Proportions de personnes sans domicile citant les problèmes qu’elles jugent à l’origine de leurs limitations d’activités, par type de problème et selon le sexe. Enquête HYTPEAC, 2011

Type de problèmes (de la CISP-2)	Hommes	Femmes	<i>p</i>
	Proportion estimée % [IC95]	Proportion estimée % [IC95]	
<i>Selon l’axe 1 de la classification :</i>			
Ostéo-articulaires	46,8 [33,8-58,0]	45,6 [26,5-65,6]	<i>NS</i>
Respiratoires	2,1 [0,7-5,5]	15,4 [5,9-34,5]	<i>0,0009</i>
Ophthalmologiques	3,4 [1,4-7,8]	10,2 [2,7-31,6]	<i>0,1554</i>
Généraux et non spécifiés (dont séquelles de fractures)	15,1 [8,9-24,6]	5,7 [2,5-12,5]	<i>0,04</i>
Cardiovasculaire	8,0 [3,8-15,8]	2,5 [1,0-6,3]	<i>0,0414</i>
Neurologique	7,1 [3,4-13,9]	2,6 [0,9-7,1]	<i>0,0988</i>
Système urinaire	4,0 [1,7-8,9]	0,7 [0,1-5,1]	<i>0,0753</i>
<i>Selon l’axe 2 de la classification :</i>			
Symptômes et plaintes	32,6 [23,9-42,8]	33,8 [19,7-51,4]	<i>0,9</i>
Traumatismes	24,1 [16,7-33,5]	4,8 [2,1-10,8]	<i>0,0001</i>

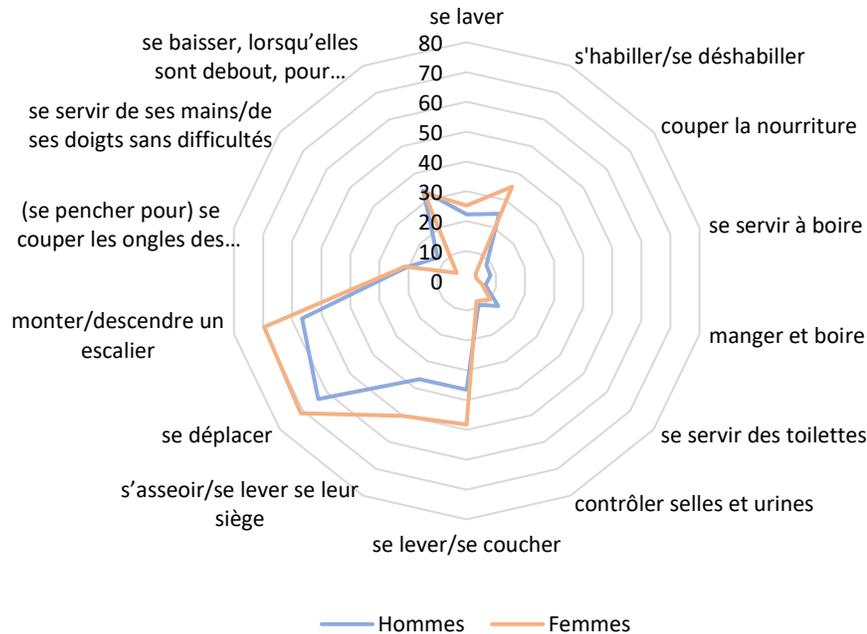
Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530

Lecture : Parmi les hommes, 46,8% estiment que les problèmes à l’origine de leurs limitations d’activité sont d’ordre ostéo-articulaires.

Les types de limitations évoqués ne différaient pas de façon statistiquement significative selon le sexe (**Figure 10**, et **annexe 7** pour une présentation détaillée pour chaque sexe).

Figure 10. Prévalences des différentes limitations d'activités quotidiennes selon le sexe parmi les personnes sans domicile se sentant limité.es « du fait d'un problème physique durable », Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

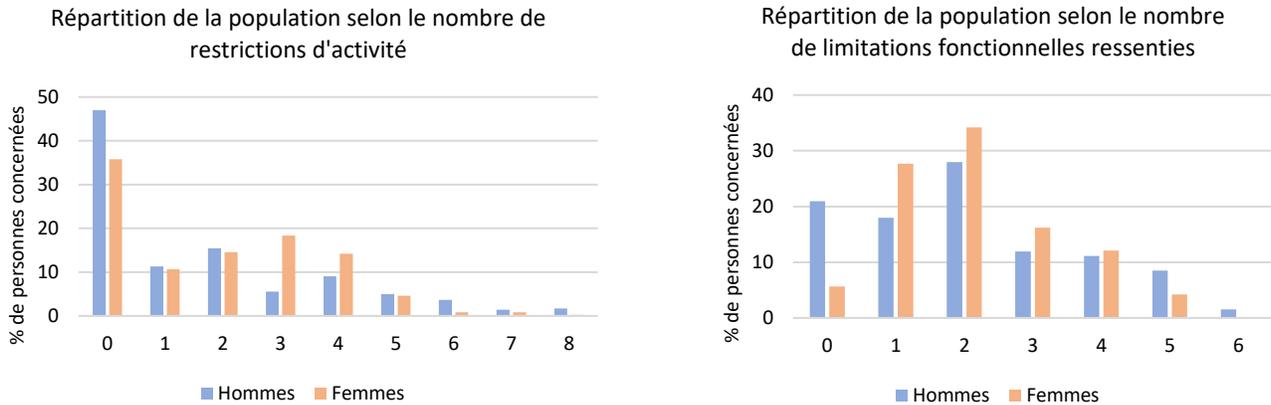
Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530. Les non répondants (4,9% des hommes et 3,3% des femmes) n'ont pas été inclus dans le graphique.

Lecture : Parmi les hommes, 22,3% déclarent être limités pour se laver.

Note : Les 5 limitations fonctionnelles se trouvent sur la gauche du graphique, les restrictions d'ADL sur la droite et en bas.

Les nombres moyens de restrictions d'ADL et de limitations fonctionnelles ne différaient pas de façon significative selon le sexe (**détail en annexe**). La moitié des hommes avait une restriction d'activité et deux limitations fonctionnelles, tandis que la moitié des femmes en avait deux dans les deux cas. Les distributions des nombres de restrictions d'activités et de limitations fonctionnelles sont présentées par la **figure 11**.

Figure 11. Répartition de la population se sentant limitée du fait d'un problème physique durable selon le nombre de restrictions d'activités et de limitations fonctionnelles, Enquête HYTPEAC, 2011



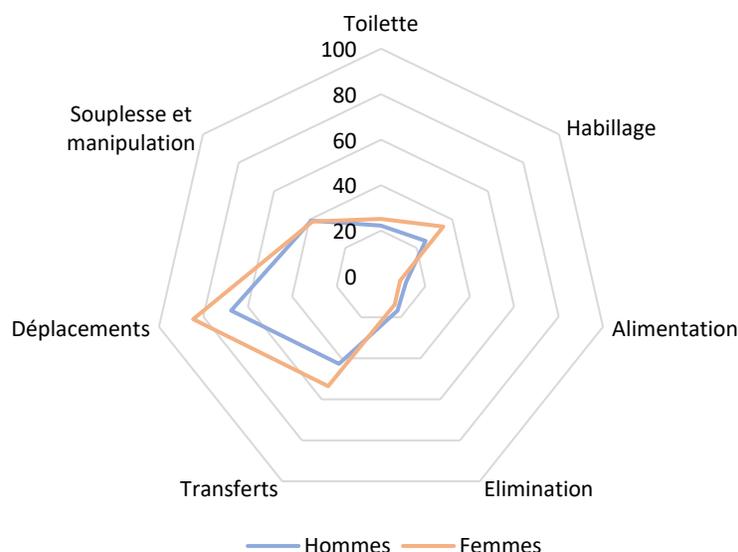
Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 296 répondants, N=10 071.

Lecture : Parmi les hommes, 47% déclarent n'être affectés par aucune restriction d'activité.

La **figure 12** présente les domaines de la vie concernés par la ou les ADL et limitations fonctionnelles déclarées par les hommes et les femmes. Ce sont les mêmes domaines qui sont les plus affectés.

Figure 12. Prévalence des limitations par domaines d'activités selon le sexe parmi les personnes se sentant limitées du fait d'un problème physique durable, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N=10 530. Les non répondants (4,9% des hommes et 3,3% des femmes) n'ont pas été inclus dans le graphique.

Lecture : Parmi les hommes, 22,3% déclarent être limités pour la toilette.

Note : Les limitations fonctionnelles concernent les domaines « Souplesse et manipulation » et « Déplacements » ; tous les autres domaines concernent des restrictions d'ADL.

3.6. Comparaison aux résultats issus de la base de données HSM2008 restreinte aux 18-85 ans

Les données de l'enquête HSM ont été collectées entre le 31 mars et le 19 juillet 2008 auprès de 39 065 personnes sur l'ensemble du territoire français, départements d'outre-mer compris. Le taux de réponse est de 76,7%. Au total, 29 931 questionnaires « complets » (personnes ayant répondu aux principaux modules du questionnaire) ont été exploités³³.

Etant donné l'absence de personnes âgées de plus de 85 ans dans la population HYTPEAC, les analyses qui suivent ont été réalisées sur un sous-ensemble de la population HSM2008, les personnes âgées de 18 à 85

³³ Source : Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

ans (nommée dans la suite du document **HSMr2008**). Ces-dernières sont au nombre de 23 984. La taille estimée de la population cible est de 47 502 359 personnes (IC95% [46 714 583-48 290 135]).

Cette restriction exclue près d'un quart de la population initiale (**Tableau 21**), qui comprenait 22,5% de personnes âgées de moins de 18 ans et 1,4% de personnes âgées de plus de 85 ans.

Tableau 21. Proportion estimée du nombre de personnes selon l'âge, Enquête HSM2008.

Tranches d'âge	%	[IC95%]
0-18 ans	22,5	[21,8-23,3]
18-29 ans	15,2	[14,5-15,9]
30-39 ans	13,5	[12,9-14,2]
40-49 ans	14,2	[13,6-14,8]
50-59 ans	13,4	[12,9-14,0]
60-69 ans	9,4	[8,9-9,8]
70-85 ans	10,3	[9,9-10,8]
>85 ans	1,4	[1,3-1,6]
Total	100	

Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 29 931 personnes interrogées, 29 931 répondants, N=62 457 451.

Lecture : Le taux de personnes âgées de moins de 18 ans s'élève à 22,5%.

Les personnes de moins de 18 ans représentent également 6,1% des personnes ressentant une(des) limitations dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé durable (GALI), et 4,1% de celles ressentant une(des) *forte(s)* limitation(s) ; et celles de plus de 85 ans, 5,4% des personnes ressentant une(des) limitations (GALI), et 8,9% de celles ressentant une(des) *forte(s)* limitation(s).

3.6.1. Description de la population issue de la base de données HSMr2008

Les caractéristiques de la population HSMr2008 sont présentées dans le **Tableau 22**. Un peu plus de la moitié sont des femmes. La moyenne d'âge globale est de 47,1 ans (IC95% [46,7-47,4]) ; elle est de 46,3 ans (IC95% [45,8-46,8]) pour les hommes et 47,8ans (IC95% [47,3-48,3]) pour les femmes. La différence observée selon le sexe est significative ($p < 10^{-4}$). La population HSM2008 restreinte est majoritairement française, avec un niveau d'études supérieur au brevet et un peu plus de la moitié travaille. Moins de la moitié de la population déclarait au moins une maladie chronique. La quasi-totalité de la population était couverte par l'équivalent de l'actuelle PUMa et la majorité avait une mutuelle.

Tableau 22. Caractéristiques des personnes âgées de 18 à 85 ans, Enquête HSMr2008

	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Femme		
Non	22 752 368 [22 128 805-23 375 931]	47,9 [46,9-48,9]
Oui	24 749 991 [24 136 540-25 363 442]	52,1 [51,1-53,1]
Total	47 502 359	100
Catégorie d'âge		
18 - 29 ans	9 498 276 [9 012 209-9 984 344]	20,0 [19,1-20,9]
30 - 39 ans	8 457 025 [8 027 824-8 886 225]	17,8 [17,0-18,6]
40 - 49 ans	8 863 251 [8 464 064-9 262 437]	18,7 [17,9-19,5]
50 - 59 ans	8 392 442 [8 035 769-8 749 115]	17,7 [17,0-18,4]
60 - 69 ans	5 849 449 [5 559 518-6 139 380]	12,3 [11,7-12,9]
≥ 70 ans	6 441 917 [6 178 242-6 705 592]	13,6 [13,0-14,1]
Total	47 502 359	100
Nationalité*		
Française	44 918 146 [44 146 474-45 689 818]	94,6 [94,1-95,1]
UE	964 266 [828 278-1 100 253]	2,0 [1,8-2,3]
Hors UE	1 603 264 [1 412 601-1 793 926]	3,4 [3,0-3,8]
Total	47 485 676	100
Niveau d'études inférieur au lycée		
Non	31 033 105 [30 301 060-31 765 150]	65,3 [64,4-66,2]
Oui	16 469 208 [16 004 556-16 933 859]	34,7 [33,8-35,6]
Total	47 502 313	100
Travail		
Non	21 897 482 [21 368 163-22 426 801]	46,1 [45,1-47,1]
Oui	25 604 831 [24 908 882-26 300 779]	53,9 [52,9-54,9]
Total	47 502 313	100
Maladie chronique		
Non	26 800 800 [26 084 010-27 517 590]	56,5 [55,5-57,4]
Oui	20 678 418 [20 179 538-21 177 298]	43,6 [42,6-44,5]
Total	47 479 218	100
Type de couverture sociale médicale		
PUMa	47 133 626 [46 349 097-47 918 156]	99,97 [99,91-99,99]
AME	16 093 [554-31 632]	0,03 [0,01-0,09]
Total	47 149 719	100
Couverture complémentaire		
CMU-C	2 828 120 [2 607 791-3 048 449]	6,4 [6,0-6,9]
Mutuelle	37 862 315 [37 137 639-38 586 991]	86,2 [85,4-86,9]
Autres	3 258 541 [3 008 504-3 508 578]	7,4 [6,9-8,0]
Total	43 948 976	100

Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, nombre de répondants variant entre 21 630 (N=43 948 976) et 23 984 (N=47 502 359)

Lecture : Les femmes représentent 52,1% de la population.

Note : * Les personnes de nationalité française sont des Français(es) de naissance (y compris par réintégration), ou Français(es) par naturalisation, mariage, déclaration ou option à leur majorité. Les personnes qui n'ont pas la nationalité française sont Étrangères ou Apatrides.

Les structures d'âge des populations HYTPEAC et HSMr2008 sont différentes (**Tableau 23**). Les intervalles de confiance des estimations se recoupent entre les deux populations, sauf pour les tranches d'âge 40-49 et 50-59 qui sont nettement plus importantes dans la population HYTPEAC. On peut en conclure que les différences observées ne sont significatives que pour ces tranches d'âge. Cette différence de structure d'âge sera à prendre en compte lors de l'analyse des limitations d'activité.

Tableau 23. Distribution en classes d'âges des population HYTPEAC 2011 et HSMr2008

Classes d'âges	HYTPEAC	HSMr2008
	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]
18-29 ans	16,8 [12,9-21,6]	20,0 [19,1-20,9]
30-39 ans	22,5 [17,4-28,6]	17,8 [17,0-18,6]
40-49 ans	27,3 [23,1-31,7]	18,7 [17,9-19,5]
50-59 ans	22,8 [19,4-26,6]	17,7 [17,0-18,4]
60-69 ans	10,1 [7,1-14,1]	12,3 [11,7-12,9]
≥ 70 ans	0,4 [0,2-1,1]	13,6 [13,0-14,1]
Total	100	100,1

Source : Enquêtes HYTPEAC 2011 et Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : - Enquête HYTPEAC 2011 : 1 008 personnes interrogées, 1 007 répondants, N=32 769
 - Enquête HSMr2008 : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 984 répondants, N=47 502 359

Lecture : Dans l'enquête HYTPEAC, 16,8% des personnes sont âgées de 18 à 29 ans.

3.6.2. Approche des situations de handicap dans la population HSMr2008

Dans la population HSMr2008 :

- moins de 2% perçoit une AAH ou une pension d'invalidité (**Tableau 24**) ;
- à peine plus déclarent avoir des difficultés pour se laver seuls (**Tableau 25**) ;
- un quart se sent limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (GALI) (25,0%, (IC95% [24,2-25,7]) et moins de 10% se sentent *fortement* limités (9,1%, IC95% [8,7-9,5]) (**Tableau 26**).

Tableau 24. Reconnaissance administrative du handicap, Enquête HSMr2008

	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Perception de l'AAH		
Non	46 517 757 [45 728 204-47 307 311]	98,4 [98,3-98,6]
Oui	741 257 [680 158-802 356]	1,6 [1,4-1,7]
Total	47 259 014	100
Perception d'une pension invalidité		
Non	47 165 507 [46 380 823-47 950 191]	99,94 [99,92-99,96]
Oui	27 163 [17 899-36 426]	0,06 [0,04-0,08]
Total	47 192 670	100

Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, nombre de répondants variant entre 23 769 (N=47 259 014) et 23 794 (N=47 192 670)

Lecture : Le taux de personnes bénéficiaires de l'AAH s'élève à 1,6%.

Tableau 25. Proportion estimée de personnes ayant des difficultés pour se laver seules, Enquête HSMr2008

Toilette	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Non	46 475 599 [45 683 072-47 268 127]	97,8 [97,7-98,0]
Oui	1 026 760 [957 906-1 095 614]	2,2 [2,0-2,3]
Total	47 502 359	100

Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 984 répondants, N=47 502 359

Lecture : Le taux de personnes éprouvant des difficultés à se laver seules s'élève à 2,2%.

Tableau 26. Proportion de personnes se sentant limitées, ou fortement limitées (GALI), Enquête HSMr2008

Réponse à la question GALI	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Fortement limité.e	4 336 542 [4 161 864-4 511 221]	9,1 [8,7-9,5]
Limité.e mais pas fortement	7 518 560 [7 218 247-7 818 873]	15,8 [15,2-16,5]
Non limité.e	35 627 776 [34 842 555-36 412 996]	75,0 [74,3-75,8]
Total	47 482 878	100

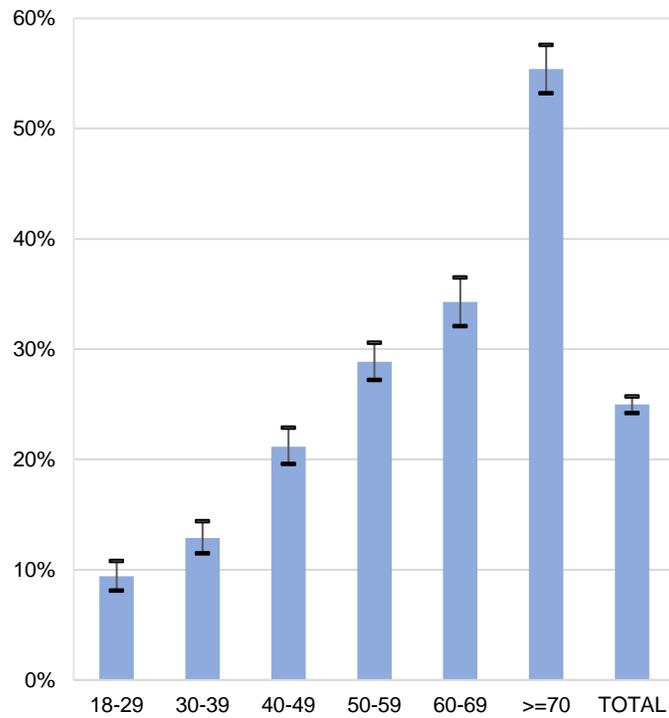
Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Le taux de personnes ressentant une forte limitation (GALI) s'élève à 9,1%.

Le taux de prévalence de(s) limitations ressentie(s) (GALI) croît fortement selon l'âge (**Figure 13**). Il en est de même pour les fortes limitations ressenties (**Tableau 27**).

Figure 13. Taux estimé de personnes se sentant limitées (GALI) en fonction des classes d'âge, Enquête HSMr2008



Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Le taux de personnes ressentant une limitation (GALI) s'élève à 9,4% (%[IC95%] : [8,2-10,8]).

Tableau 27. Prévalences de(s) *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge chez les hommes et les femmes. Enquête HSMr2008

	Hommes (N=22 752 368)	Femmes (N=24 749 991)	Total (N=47 482 878)
	Prévalence estimée	Prévalence estimée	Prévalence estimée
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]
18-29 ans	3,1 [2,2-4,3]	1,6 [1,2-2,3]	2,4 [1,8-3,0]
30-39 ans	4,7 [3,6-6,1]	3,7 [2,9-4,7]	4,2 [3,5-5,1]
40-49 ans	7,6 [6,3-9,0]	5,7 [4,8-6,7]	6,6 [5,8-7,4]
50-59 ans	12,2 [10,8-13,7]	9,8 [8,7-11,0]	11,0 [10,1-11,9]
60-69 ans	11,4 [9,8-13,2]	12,4 [10,8-14,2]	11,9 [10,7-13,2]
≥ 70 ans	23,2 [20,9-25,7]	24,9 [23,0-26,9]	24,2 [22,7-25,7]
Total	9,2 [8,6-9,9]	9,0 [8,5-9,6]	9,1 [8,7-9,5]
<i>p</i>	<i>0,0000</i>	<i>0,0000</i>	<i>0,0000</i>

Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Parmi les personnes hommes âgées de 18 à 29 ans, le taux de personnes ressentant une *forte* limitation (GALI) s'élève à 3,1%.

Nous avons comparé les valeurs et intervalles de confiance de ces indicateurs dans les populations HYTPEAC et HSMr2008. Rappelons encore une fois que la différence de formulation des questions GALI/GALI-P conduit à sous-estimer la fréquence des situations de handicap dans la population HYTPEAC. Malgré cela, la comparaison des taux de prévalence de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon les tranches d'âge des deux populations HSMr2008 et HYTPEAC montre des prévalences significativement plus élevées pour cette dernière (les intervalles de confiance ne se chevauchant pas, les vraies valeurs contenues dans ceux-ci ne peuvent être les mêmes, la différence observée et donc bien réelle) pour les tranches 30-39 ans et 40-49 ans (**Tableau 28**).

Il en est de même pour les taux de prévalence de *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI) pour presque toutes les tranches d'âge et pour lesquels les différences semblent majeures (**Tableau 29**).

Tableau 28. Taux de prévalence estimés de limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008

	HYTPEAC (GALI-P)	HSMr2008 (GALI)
	Prévalence estimée % [IC95%]	Prévalence estimée % [IC95%]
18-29 ans	17,3 [10,2-27,8]	9,4 [8,1-10,8]
30-39 ans	24,0 [15,8-34,7]	12,9 [11,5-14,4]
40-49 ans	41,0 [31,5-51,3]	21,2 [19,6-22,9]
50-59 ans	35,1 [24,7-47,1]	28,9 [27,2-30,6]
60-69 ans	43,6 [29,4-59,0]	34,3 [32,1-36,5]
≥ 70 ans	74,5 [37,9-93,3]	55,4 [53,2-57,6]
Total	32,2 [26,8-38,2]	25,0 [24,2-25,7]
<i>p</i>	<i>0,0027</i>	<i>0,0000</i>

Source : Enquêtes HYTPEAC 2011 et Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : - Enquête HYTPEAC 2011 : 1 008 personnes interrogées, 1 002 répondants, N=32 661
 - Enquête HSMr2008 : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Dans l'enquête HYTPEAC, 17,3% des personnes âgées de 18 à 29 ans déclarent ressentir une limitation (GALI-P).

Tableau 29. Taux de prévalence estimés de *forte(s)* limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008

	HYTPEAC (GALI-P)	HSMr2008 (GALI)
	Prévalence estimée % [IC95%]	Prévalence estimée % [IC95%]
18-29 ans	9,7 [5,6-16,4]	2,4 [1,8-3,0]
30-39 ans	18,5 [11,7-28,1]	4,2 [3,5-5,1]
40-49 ans	32,2 [23,2-42,7]	6,6 [5,8-7,4]
50-59 ans	27,0 [17,1-39,9]	11,0 [10,1-11,9]
60-69 ans	21,7 [12,1-35,7]	11,9 [10,7-13,2]
≥ 70 ans	68,6 [30,7-91,5]	24,2 [22,7-25,7]
Total	23,2 [19,0-28,2]	9,1 [8,7-9,5]
<i>p</i>	<i>0,0016</i>	<i>0,0000</i>

Source : Enquêtes HYTPEAC 2011 et Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : - Enquête HYTPEAC 2011 : 1 008 personnes interrogées, 1 002 répondants, N=32 661
 - Enquête HSMr2008 : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Dans l'enquête HYTPEAC, 9,7% des personnes âgées de 18 à 29 ans déclarent ressentir une *forte* limitation (GALI-P).

La proportion de personnes se sentant *fortement* limitées serait 4 à 5 fois plus élevée dans les tranches d'âge de 18 à 49 ans et 2 à 3 fois plus élevée pour les tranches d'âge de 50 à 85 ans dans la population HYTPEAC que dans la population générale vivant à domicile, alors que les méthodes de mesure tendent à sous-estimer la fréquence des limitations dans l'enquête HYTPEAC.

Nous avons également comparé les valeurs des indicateurs disponibles dans l'enquête HYTPEAC à celles publiées, ou accessibles en ligne, des dernières enquêtes VQS et CARE, réalisées en 2014 et 2015 au niveau national auprès des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile.

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

Enfin, les données de l'enquête CARE-Ménages 2015 en libre accès sur le site de la DREES montrent qu'au niveau national **4% des personnes de 60 à 70 ans vivant à domicile éprouvaient des difficultés à se laver seules³⁴, versus près du double dans la population HYTPEAC.**

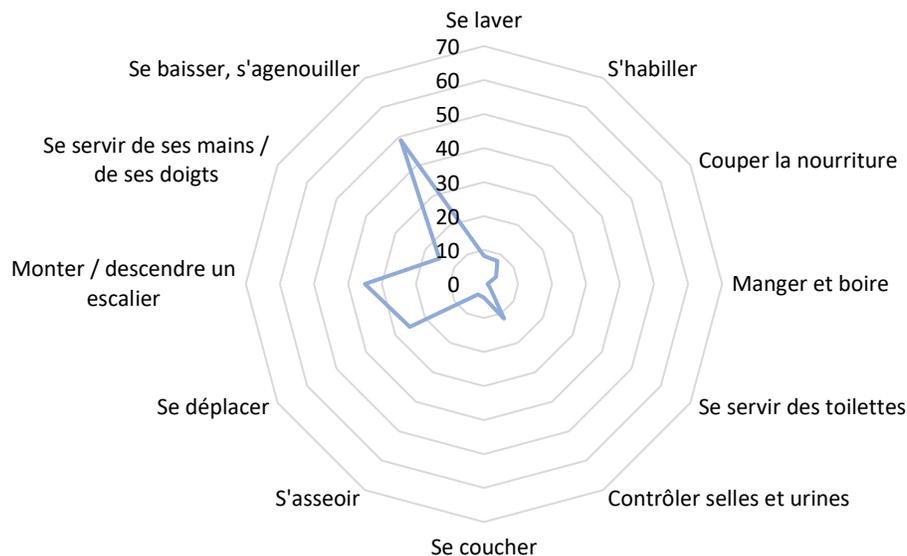
3.6.3. Origine et nature des limitations ressenties (GALI)

Les personnes ayant déclaré avoir **être limitées dans leurs activités quotidiennes (GALI)** ont par ailleurs, comme le reste de la population dans l'enquête HSM, été interrogées sur les types de limitations qu'elles éprouvaient. La taille de cette population est estimée à 11 855 102 personnes (IC95% [11 519 939-12 190 266]). Nous n'avons retenu que les restrictions d'ADL et les limitations fonctionnelles présentes dans le questionnaire HYTPEAC, et les avons regroupées selon les mêmes sept domaines. Ainsi, **parmi ces personnes (Figure 14) :**

³⁴ Là non plus nous ne disposons pas de l'intervalle de confiance.

- Pour la **toilette** (ADL) : 8,3% (IC95% [7,8-8,9]) disent avoir des difficultés pour se laver,
- Pour l'**habillement** (ADL) : 7,8% (IC95% [7,2-8,4]) ont des difficultés pour s'habiller/se déshabiller,
- Pour l'**alimentation** (ADL) :
 - o 4,1% (IC95% [3,7-4,5]) ont des difficultés pour couper leur nourriture,
 - o 0,9% (IC95% [0,7-1,2]) en ont pour manger et boire,
- Pour l'**élimination** (ADL, LF assimilée à une ADL dans la construction de l'indicateur de Katz) :
 - o 2,1% (IC95% [1,8-2,4]) ont des difficultés pour se servir des toilettes,
 - o 11,7% (IC95% [10,9-12,6]) en ont pour contrôler selles et/ou urines (près d'un quart d'entre elles, 23,5% IC95% [20,7-26,5], n'arrivent pas à se changer/se nettoyer seules),
- Pour les **transferts** (ADL) :
 - o 4,0% (IC95% [3,6-4,4]) ont des difficultés pour se lever/se coucher,
 - o 3,5% (IC95% [3,1-3,8]) en ont pour s'asseoir/se lever de leur siège,
- Pour les **déplacements** (LF) :
 - o 25,2% (IC95% [24,1-26,3]) ont des difficultés pour se déplacer,
 - o 35,0% (IC95% [33,7-36,4]) en ont pour monter et descendre un escalier,
- Pour la **souplesse** et/ou la **manipulation** (LF) :
 - o 15,1% (IC95% [14,2-16,0]) en ont pour se servir de ses mains/de ses doigts sans difficultés,
 - o 48,8% (IC95% [47,3-50,4]) en ont pour se baisser, lorsqu'elles sont debout, pour ramasser un objet.

Figure 14. Proportions de personnes se sentant limitées pour chaque type d'ADL ou de fonction parmi les personnes se sentant limitées (GALI), Enquête HSMr2008



Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

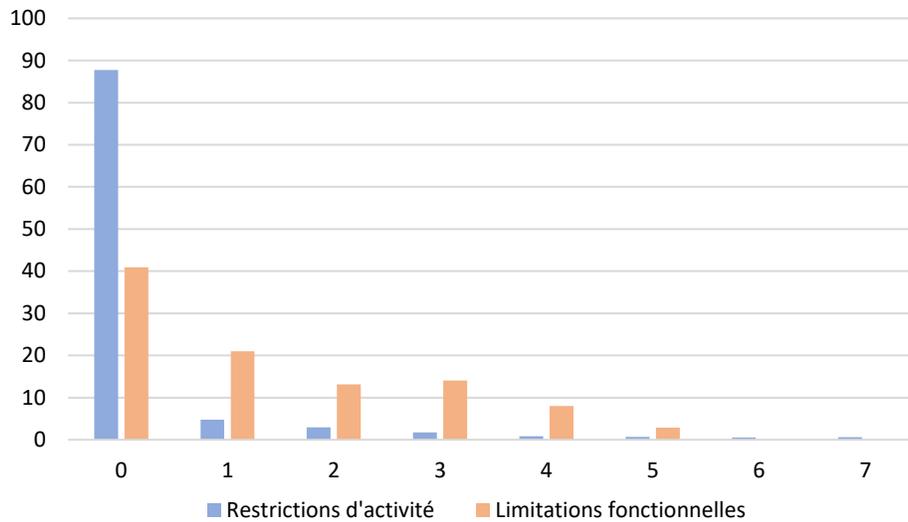
Champ : 12 851 personnes se sentant limitées (GALI) âgées de 18 à 85 ans interrogées, nombre de répondants variant de 12 848 (N=11 853 292) à 12 851 (11 855 102).

Lecture : Le taux de personnes éprouvant des difficultés pour se laver s'élève à 8,3%.

Parmi les personnes se sentant limitées (GALI) et ayant renseigné au moins une des limitations présentées ci-dessus, le nombre moyen de restrictions d'ADL est de 0,3 (IC95% [0,29-0,33]) et celui de limitations fonctionnelles est de 1,4 (IC95% [1,3-1,4]). Ces nombres varient de 0 à 7 et de 0 à 5 selon les personnes et la moitié des personnes n'a aucune restriction d'ADL ni limitation fonctionnelle.

La distribution du nombre de restrictions d'ADL et celle du nombre de limitations fonctionnelles sont présentées dans la **figure 15**.

Figure 15. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI) selon le nombre de restrictions d’ADL et de limitations fonctionnelles, Enquête HSMr2008



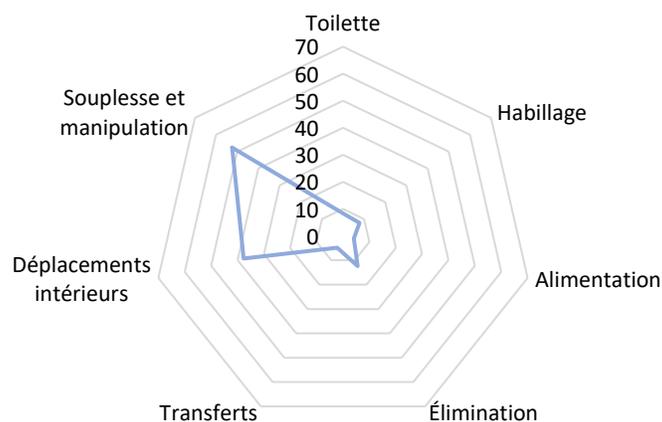
Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : 12 851 personnes se sentant limitées (GALI) âgées de 18 à 85 ans interrogées, 12 851 répondants, N=11 855 102.

Lecture : Le taux de personnes déclarant n’éprouver aucune des restrictions d’ADL considérées s’élève à 87,7%.

La **figure 16** présente les proportions de personnes se sentant limitées pour chaque domaine de la vie concernés par la ou les limitations déclarées. On constate que ce sont la souplesse/manipulation, puis les déplacements, qui sont les plus affectés.

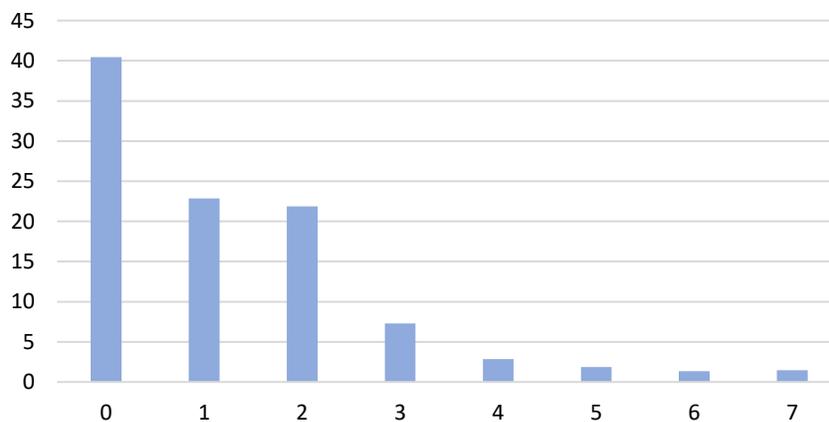
Figure 16. Proportions des personnes se sentant limitées pour chaque domaine d'activités parmi celles se sentant limitées (GALI), Enquête HSMr2008



Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]
Champ : 12 851 personnes se sentant limitées (GALI) âgées de 18 à 85 ans interrogées, 12 851 répondants, N=11 855 102.

Lecture : Le taux de personnes éprouvant des difficultés dans le domaine de la toilette s'élève à 8,3%.

Figure 17. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI) selon le nombre de domaines d'activités affectés par des limitations Enquête HSMr2008



Source : Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]
Champ : 12 851 personnes se sentant limitées (GALI) âgées de 18 à 85 ans interrogées, 12 851 répondants, N=11 855 102.

Lecture : Le taux de personnes déclarant n'éprouver aucune difficulté parmi les domaines considérés s'élève à 40,5%.

3.6.4. Les comparaisons « sans-domicile » - population générale dans la littérature scientifique

Les auteurs des analyses publiées à partir des données des enquêtes SD ont cherché à comparer les taux de prévalence des limitations/restrictions/prestations liées au handicap avec ceux observés dans une population générale « comparable ». Ainsi T. Lecomte, A ; et A. Mizrahi (Firdion, 1998) ont eu notamment recours à un sous-échantillon témoin des enquêtes en population générale des enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) réalisées en 1994 et 1995, pondérés selon l'âge (en huit classes) et le sexe, et ont estimé que les difficultés à se déplacer étaient bien plus fréquentes chez les personnes sans domicile enquêtées en 1995 que dans la population générale (8,8% vs 1,7%). A noter cependant que la formulation des questions différait entre les deux enquêtes : « *Est-ce que vous pouvez marcher un quart d'heure sans problème ?* » dans l'enquête SD, « *Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer ?* » dans l'enquête ESPS.

3.6.5. Les aides apportées (base de données HSMr2008)

Parmi la population âgée de 18 à 85 ans :

- **3,6%** (IC95% [12,6-14,3]) **utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant (manuel ou électrique) pour marcher ou se déplacer ;**
- 2,7% (IC95% [2,5-3,0]) déclarent avoir une prothèse de la hanche et/ou du genou ;
- 1,6 (IC95% [1,4-1,7]) **perçoivent une AAH, et 1,8%** (IC95% [1,7-2,0]) **une pension d'invalidité.**

Les proportions augmentent avec le sentiment de limitation sauf celle de la pension d'invalidité.

Ainsi, parmi la population limitée (GALI) :

- **13,4%** (IC95% [3,4-3,8]) **utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant (manuel ou électrique) pour marcher ou se déplacer ;**
- 7,9% (IC95% [7,1-8,6]) déclarent avoir une prothèse de la hanche et/ou du genou ;
- 5,0% (IC95% [4,6-5,4]) **perçoivent une AAH, et 0,2%** (IC95% [0,1-0,3]) **une pension d'invalidité.**

Et parmi la population *fortement* limitée (GALI) :

- **25,5%** (IC95% [23,9-27,2]) **utilisent une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant (manuel ou électrique) pour marcher ou se déplacer ;**
- 10,3% (IC95% [9,1-11,6]) déclarent avoir une prothèse de la hanche et/ou du genou ;
- 9,6% (IC95% [8,7-10,6]) **perçoivent une AAH, et 0,2%** (IC95% [0,1-0,3]) **une pension d'invalidité.**

La comparaison de ces chiffres avec ceux de la population HYTPEAC (**Tableau 30**) montre :

- des taux de prothèses et de perception d'une pension d'invalidité comparables, quelle que soit l'intensité des limitations ressenties ;
- pour les populations ressentant une(des) limitations, des taux d'aide technique comparables, mais un taux de perception de l'AAH plus important dans la population HYTPEAC ;
- à l'inverse, pour les populations ressentant une(de) *forte(s)* limitation(s), un taux d'aide technique à la marche bien moindre pour la population HYTPEAC (5 fois moindre), alors que les taux de perception de l'AAH sont comparables.

Ces résultats relatifs aux personnes ressentant une(de) *forte(s)* limitation(s) sont d'autant plus surprenants que les difficultés à se déplacer sont bien plus fréquentes dans la population HYTPEAC ressentant des limitations (**Figures 4,6, 14 et 16**).

E. Cambois a analysé, à partir des données des enquêtes HID 1998 Institutions et Ménages, les différences observées selon les catégories professionnelles dans la fréquence des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité chez les personnes âgées de 55 ans et plus, en institution ou à domicile (Cambois, 2004). A âge égal, le risque de rencontrer des restrictions sévères face aux activités courantes de soins personnels était deux à trois fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres. Ces disparités étaient liées à la fois à des différences de prévalence de problèmes fonctionnels divers, à des différences de gravité, de nature et de combinaison de ces problèmes. Cependant, à problèmes fonctionnels équivalents, la persistance de différences dans les restrictions d'activités de la vie quotidienne « laisse supposer l'existence de différences dans les ressources mobilisées pour y faire face, et le niveau d'instruction semble jouer un rôle important dans les chances de préserver son autonomie, facilitant la mise en place de stratégies de compensation ».

Ces différences dans les ressources mobilisées, observées par E. Cambois, pourraient également s'expliquer, entre la population sans domicile et la population générale, par les difficultés d'accès aux différentes

prestations liées à leur vie conditions de vie particulières, mais également au fait que les personnes sans domicile souffrent d'une image stigmatisante freinant par exemple leur entrée dans des structures de droits communs comme les EHPAD (Rapport du CMDR, 2018).

Tableau 30. Description des aides apportées dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008 et selon le ressenti de limitation(s) d'activité (GALI-P)

	HYTPEAC (GALI-P)			HSMr2008 (GALI)		
	Population totale	Limitée	Fortement limitée	Population totale	Limitée	Fortement limitée
Aides apportées	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]	Proportion estimée % [IC95%]
Cannes ou béquilles ou fauteuil roulant	4,8 [3,0-7,8]	14,2% [9,0-21,8]	4,8% [2,5-9,1]	3,6 [3,4-3,8]	13,4 [12,6-14,3]	25,5 [23,9-27,2]
Prothèses*	4,5% [2,6-7,4]	10,7% [5,9-18,6]	9,9% [4,7-19,6]	2,7 [2,5-3,0]	7,9 [7,1-8,6]	10,3 [9,1-11,6]
Perception de l'AAH	9,4 [7,0-12,5]	13,6% [8,6-20,8]	10,5% [5,7-18,7]	1,6 [1,4-1,7]	5,0 [4,6-5,4]	9,6 [8,7-10,6]
Perception d'une pension invalidité	1,6 [0,6-3,8]	4,6% [1,8-11,2]	4,6% [1,3-14,7]	1,8 [1,7-2,0]	0,2 [0,1-0,3]	0,3 [0,2-0,5]

Source : Enquêtes HYTPEAC 2011 et Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : - Enquête HYTPEAC 2011 : 1 008 personnes interrogées, nombre de répondants variant de 991 (N=32 471) à 1 008 répondants (N=32 827)

- Enquête HSMr2008 : 29 931 personnes interrogées (dont 14 520 personnes se sentant limitées (GALI-P) et 7 719 se sentant fortement limitées (GALI-P)), nombre de répondants variant de 29 664 (N=47 259 014) à 29 931 (N=47 502 349).

Lecture : Dans l'enquête HSMr2008, le taux de personnes ayant recours à une canne, des béquilles un fauteuil roulant s'élève à 3,6% en population totale, 13,4% parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P) et 25,5% au sein des personnes se sentant fortement limitées (GALI-P).

Note : * hanche et/ou genou dans la population HSMr2008.

3.6.6. Les besoins d'aides sont plus fréquents dans la population HYTPEAC âgée de 45 ans et plus que dans la population HSM âgée de 60 à 85 ans

Les observations de terrain montrent que l'état de santé physique des personnes sans domicile se détériore plus vite qu'en population générale. Les analyses ci-dessus confirment que les personnes sans domicile se retrouvent dans des situations de handicap de façon plus précoce que la population générale vivant au

domicile. Or l'accès à des aides ou structures adaptées aux pertes d'autonomie des personnes âgées est conditionné par un âge minimum (60 ou 65 ans, selon les aides). C'est pourquoi nous avons comparé les proportions de personnes se sentant limitées ou *fortement* limitées (questions GALI-P et GALI) dans les deux populations HYTPEAC et HSMr2008 selon différents seuils d'âge (**Tableau 31**).

Ces proportions sont similaires quel que soit le seuil d'âge retenu pour les limitations ressenties sans distinction de leur importance, alors que le champ des limitations est restreint aux problèmes physiques dans la population HYTPEAC.

Par contre, les proportions de personnes se sentant *fortement* limitées ne suivent pas, dans les deux populations, la même évolution selon l'âge : elles diminuent dans la population HYTPEAC tandis qu'elles augmentent dans la population HSMr2008 quand le seuil d'âge retenu augmente. Ainsi la proportion des personnes de **45 ans et plus** ressentant de *forte(s)* limitation(s) du fait d'un problème **physique** durable (GALI-P) est de **28,7% chez les personnes sans domicile** de la population HYTPEAC, tandis que celle des personnes de **60 à 85 ans** ressentant de *forte(s)* limitation(s) du fait d'un problème de **santé** durable (GALI) est moindre, soit 21,2%, dans la population générale vivant au domicile (HSMr2008).

Le fait que la proportion de personnes se sentant *fortement* limitées dans la population HYTPEAC est plus faible chez les plus de 65 ans que chez les personnes plus jeunes pourrait s'expliquer de plusieurs manières : les personnes plus âgées, qui ont potentiellement passé plus de temps en situation de sans-abrisme, auraient tendance à moins se plaindre ; les personnes se plaignant de limitation(s) *forte(s)* seraient celles ayant un taux de mortalité jeune plus important ou ayant intégré des EHPAD. Néanmoins, nous ne pouvons pas affirmer de manière catégorique l'existence des différences observées, les intervalles de confiance des différents taux estimés se chevauchant de manière systématique du fait des faibles effectifs.

Tableau 31. Taux de prévalence estimés de la limitation et de la forte limitation des activités quotidiennes du fait d'un problème physique ou de santé durable en fonction de différents seuils d'âge, Enquêtes HYTPEAC 2011 et HSMr2008

	HYTPEAC			HSMr2008		
	N estimé	Réponse Oui à la question GALI-P	Réponse « Oui, fortement » à la question GALI-P	N estimé	Réponse Oui à la question GALI	Réponse « Oui, fortement » à la question GALI
≥ 45 ans	15 641 [13 025-18 258]	39,9 [31,8-48,7]	28,7 [21,7-36,8]	9 017 782 [8 742 823-9 292 741]	35,8 [34,8-36,9]	13,9 [13,3-14,6]
≥ 50 ans	10 932 [8 849-13 014]	38,2 [29,2-48,1]	25,9 [17,9-36,0]	7 996 279 [7 739 672-8 252 886]	38,7 [37,5-39,9]	15,3 [14,7-16,1]
≥ 55 ans	6 141 [4 643-7 638]	38,5 [28,8-49,2]	22,3 [15,2-31,5]	6 887 514 [6 648 644-7 126 384]	41,7 [40,4-43,1]	16,8 [16,0-17,6]
≥ 60 ans	3 448 [2 285-4 611]	44,9 [30,9-59,6]	23,6 [13,8-37,2]	5 573 558 [5 354 550-5 792 566]	45,4 [43,8-46,9]	18,3 [17,4-19,4]
≥ 65 ans	1 319 [573-2 066]	52,5 [25,8-77,8]	15 [6,1-32,4]	4 517 196 [4 321 190-4 713 202]	50,6 [48,7-52,5]	21,2 [19,9-22,4]

Source : Enquêtes HYTPEAC 2011 et Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) – 2008, INSEE [producteur], ADISP [diffuseur]

Champ : - Enquête HYTPEAC 2011 : 1 008 personnes interrogées, 1 002 répondants, N=32 661

- Enquête HSMr2008 : 23 984 personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées, 23 971 répondants, N=47 482 878

Lecture : Dans l'enquête HYTPEAC, 39,9% des personnes âgées de 45 ans ou plus déclarent ressentir une limitation (GALI-P).

4. CONCLUSION

Selon les résultats de l'enquête nationale SD2012, 9% des personnes sans domicile (adultes, francophones et vivant en milieu urbain) se sentent, en 2012, *fortement limitées* dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé durable. Cependant ce chiffre global masque des disparités au sein même de cette population, que l'on sait très hétérogène (Yaouancq, 2014). C'est également le cas dans l'enquête SAMENTA, dans laquelle 8,2% des personnes sans domicile (adultes, francophones) se sentent, en 2009, et pour les mêmes raisons, *fortement limitées* dans leurs activités quotidiennes (Laporte, 2010). Ces enquêtes ne permettent pas par ailleurs de connaître le détail des activités pour lesquelles les personnes se sentent limitées. Les enquêtes menées auprès des ménages sur le handicap et la santé en population générale excluent les personnes sans domicile, et les données issues des enquêtes menées en institutions n'ont pas été analysées dans ce sens. L'enquête HYTPEAC apporte ainsi un éclairage complémentaire utile sur la fréquence et la nature des limitations d'activité ressenties par les personnes adultes francophones non accompagnées d'enfants, dormant dans l'espace public parisien ou dans des centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou de réinsertion franciliens en 2011. Il faut garder en mémoire que cet éclairage est partiel, puisqu'il concerne exclusivement les limitations ressenties liées à un **problème physique durable**.

Près d'un tiers de ces personnes se sentent ainsi **limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème physique durable, et près d'un quart *fortement limitées***, tous âges confondus.

Ce chiffre ne reflète que la part des limitations ressenties liées à un problème physique, or on sait par ailleurs que **les troubles psychiatriques sévères touchent un quart à un tiers** de cette même population³⁵ (Laporte, 2010).

Il est pourtant **plus du double du chiffre issu de l'enquête SD2012 et du triple de celui issu de l'enquête SAMENTA, qui inclut les limitations d'origine physique et mentale**. Ces différences pourraient en partie être liées aux critères d'éligibilités de l'enquête HYTPEAC excluant les personnes accompagnées d'enfant constituant une population plutôt jeune, féminine, avec potentiellement moins de limitations. Par ailleurs, on peut supposer que les personnes les plus autonomes seraient plus orientées vers les hôtels, exclus de l'enquête, et les moins autonomes vers les structures d'hébergement collectif.

³⁵ L'enquête SAMENTA, menée en 2009 en Île-de-France auprès des personnes sans domicile, montre que respectivement 26,5% et 34% des personnes enquêtées dans les Centres d'hébergement et d'accueil à bas seuil et dans les centres d'hébergement sur le long terme, présentaient des troubles psychiatriques sévères, alors que seuls 4,7% de la population déclaraient une maladie psychique chronique

L'enquête HYTPEAC montre que le ou les problèmes physiques durables dont souffrent les personnes sans domicile entraînent dans bien des cas des **limitations fonctionnelles pour les déplacements** (pour plus des deux-tiers d'entre elles). Or seulement 14,2% des personnes se sentant limitées ont des aides techniques au déplacements (cannes, béquilles ou fauteuil roulant) et des **restrictions dans les activités de la vie quotidienne considérées comme essentielles (ADL)**, essentiellement dans le domaine des **transferts** (40% des personnes) de **l'habillement** (28%) et de la **toilette** (23%). Les questions posées ne permettent malheureusement pas d'apprécier l'importance de chacune des restrictions d'ADL ressenties. Néanmoins, au-delà de l'application des règles d'accessibilité des établissements recevant du public, ces résultats plaident pour un aménagement des structures d'hébergement proches de ce qui se fait en EHPAD.

Les comparaisons avec les données des enquêtes sur le handicap et la santé menées en population générale ont pris en compte les différences dans les structures d'âge des populations, mais aussi les différences dans la formulation et l'agencement des questions et des réponses proposées, qui ont un impact sur les résultats (Cambois, 2015). Elles montrent que **la proportion de personnes ressentant de fortes limitations du fait d'un problème de santé durable semble 4 à 5 fois plus élevée dans les tranches d'âge de 18 à 49 ans, et 2 à 3 fois plus élevée pour les tranches d'âge de 50 à 85 ans, dans la population HYTPEAC que dans la population générale vivant à domicile**, alors que les méthodes de mesure tendent à sous-estimer la fréquence des limitations dans l'enquêtes HYTPEAC.

E. Cambois avait montré en population générale³⁶ qu'à âge égal, le risque de rencontrer des restrictions sévères face aux activités courantes de soins personnels était deux à trois fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres, et que les disparités observées entre catégories socioprofessionnelles étaient liées à une plus grande fréquence et gravité de problèmes fonctionnels, mais aussi à des différences dans les ressources, collectives ou individuelles, mobilisées pour y faire face (Cambois, 2004).

Ces ressources, qui permettent de compenser les limitations fonctionnelles et de s'adapter à ses conséquences, peuvent être des services de rééducation et réadaptation, des aides humaines, informelles ou salariées, pour accomplir les gestes quotidiens, des aides techniques (appareillage) ou des aménagements de l'environnement (adaptation du logement). L'incidence sur la qualité de vie est conditionnée par la

³⁶ A partir des données concernant les personnes âgées de 55 ans et plus, issues des enquêtes Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) menées dans les institutions en 1998, et auprès des ménages en 1999.

capacité à mobiliser des dispositifs, suffisants et adaptés, en aides humaines, soutiens techniques pour l'amélioration de l'habitat. Les résultats publiés par S. Renaut issus de l'enquête HSM montrent que respectivement 17%, 25% et 37% des personnes âgés de 45 à 54 ans, 55 à 64 ans et 65 à 74 ans ayant des limitations fonctionnelles importantes bénéficiaient en 2008 d'aides humaines et/ou techniques, et les trois quarts d'entre elles jugeaient ces aides suffisantes (Renaut, 2012).

Les personnes sans domicile dans la même situation ne bénéficient qu'exceptionnellement d'une aide humaine dans les gestes essentiels de la vie quotidienne. Les Centres d'Hébergement ne disposent pas de personnel pour ce faire, et les LHSS et LAM sont saturés faute de solutions en aval (logements, maisons-relais/pensions de famille, places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD - ou en établissements ou services spécialisés pour les personnes handicapées) (CMDR, 2018) alors que plus de 90% des personnes se sentant *fortement* limitées (GALI-P) ont eu recours à ces hébergements. Tous les centres d'hébergement sont encore loin d'être équipés (largeur des portes, lits, toilettes, salle de bain, ascenseurs) pour faire face aux difficultés de mobilité des personnes qu'ils accueillent.

Une partie de la population sans domicile ne peut accéder aux prestations sociales en raison de sa situation administrative. Elle semble minoritaire dans la population de l'enquête HYTPEAC, mais celle-ci ne s'est adressée qu'aux personnes francophones, alors que le nombre de personnes migrantes, potentiellement en situation irrégulière, s'est fortement accru dans la région parisienne depuis 2011 (Cour des comptes, 2017). Ce sont les personnes migrantes les plus vulnérables (Académie nationale de médecine, 2017) et elles nécessiteraient, à ce titre, une protection renforcée de leurs droits et la prise en compte de leurs besoins de santé, tant physique que psychologique.

Parmi les personnes susceptibles d'y avoir droit, les restrictions d'activité engendrées par les problèmes de santé physique ou mentale, la complexité du système d'aide et l'obstacle supplémentaire engendré par sa territorialisation (nécessité de démontrer un lieu de résidence dans le département où se fait la demande) limitent les possibilités d'accès aux aides prévues par la loi en compensation du handicap ou de la perte d'autonomie. Les personnes âgées de 60 ans et plus ne perçoivent pas d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), ni n'en font bénéficier les établissements qui les hébergent. Dans notre étude, seules 10,5% des personnes se sentant *fortement* limitées percevaient une AAH, et 4,6% une pension d'invalidité.

Ces données rappellent, si besoin était, que les actions à mener doivent tenir compte, et associer, les aspects sanitaires et les aspects sociaux des prises en charge. Elles plaident bien sûr pour des solutions de logement ou d'hébergement plus stables et adaptés, mais aussi pour une plus grande ouverture des centres et services spécialisés (personnes handicapées et personnes âgées dépendantes), aux personnes sans domicile, et pour

un accompagnement de ces personnes dans leurs démarches en vue d'obtenir les aides auxquelles elles ont droit du fait de leur situation de handicap.

Des programmes pilotes menés aux Etats-Unis (National Health Care for the Homeless Council, 2011) ont montré, dans ce domaine, l'intérêt de démarches pro-actives en direction des personnes sans domicile pour leur permettre d'obtenir les aides auxquelles elles ont droit, mais aussi l'importance :

- d'actions de formation, et d'aide téléphonique, auprès des travailleurs sociaux chargés de les aider à constituer des dossiers de demande d'aide, ainsi que l'établissement de liens privilégiés avec les structures d'hébergement spécialisées susceptibles de les accueillir ;
- d'incitations des organismes chargés d'instruire les demandes de reconnaissance de handicap qui conditionnent les prestations sociales, pour qu'ils sensibilisent leurs personnels aux conditions de vie de ces personnes et qu'ils donnent priorité à l'instruction de leurs demandes.

En France, l'intérêt des actions d'« aller-vers » les personnes en situation de précarité est reconnu pour faciliter l'accès aux droits et aux soins, et est réaffirmé par le récent rapport sur « l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité » (Denormandie, 2018). Des démarches de sensibilisation s'avèrent aussi nécessaires auprès des Maisons Départementales des Personnes Handicapées et des services des Conseils Départementaux en charge de l'instruction des demandes d'APA pour qu'ils mettent en place des actions dans ce sens.

Afin de proposer des solutions d'hébergement et des accompagnement plus adaptés à leur situation, une meilleure évaluation de l'ensemble des restrictions d'activité, quelle qu'en soit l'origine (limitations fonctionnelles physiques, sensorielles et cognitives), doit être effectuée. Ceci pourrait être fait dans le cadre des SIAO (cela supposerait la mise en place d'une grille de repérage des signes de perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne utilisable par des acteurs non soignants), ou dans celui de nouvelles enquêtes, sur la même sous-population qu'HYTPEAC d'un part, et sur d'autres sous-ensembles de la population sans domicile d'autre part afin de prendre en compte l'hétérogénéité de cette population.

Enfin, le double constat d'une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap / perte d'autonomie rencontrées par les maraudeurs ou accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence, LHSS et LAM, et du manque de solutions adaptées pour ces personnes, a conduit le Samusocial de Paris à formuler des propositions « pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants » (Samusocial de Paris, 2018), qu'il faut rappeler en conclusion de ce rapport.

Annexes

Annexe 1. Module limitation d'activités du questionnaire HYTPEAC, 2011.

On va parler maintenant des difficultés physiques que vous pouvez rencontrer.

99. Depuis au moins 6 mois, avez-vous un problème physique qui vous limite dans certaines activités quotidiennes (vous laver, manger, marcher, ...) ?

- OUI, fortement limité →100
 OUI, limité →100
 NON →102
 NSP →102
 NVPR →102

100. Si **OUI**, précisez la nature de ce problème de santé :

.....

101. Précisez dans quelle activité vous êtes limité :	OUI	NON	NVPR
a. Vous laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous habiller / déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Couper la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous servir à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vous servir des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g1. Contrôler vos selles et vos urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2. Si OUI , arrivez-vous à vous changer/nettoyer seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g3. Utilisez-vous des protections absorbantes (couches) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vous lever et vous coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vous asseoir et vous lever de votre siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vous déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Monter et descendre un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Vous couper les ongles des orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Vous servir de vos mains et de vos doigts sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Vous baisser, lorsque vous êtes debout pour ramasser un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Utilisez-vous une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant pour marcher ou vous déplacer ?

OUI NON

103.a. Avez-vous une prothèse ? OUI NON

b. Si OUI, précisez : Prothèse membre supérieur prothèse membre inférieur autre

Annexe 2. Sélection de questions de l'enquête HSM2008

(Extraits des documents d'enquête : questionnaire HSM et dictionnaire des codes HSM)

Question du module B1 – Santé - Mini module santé européen : indicateur synthétique GALI (*Global Activity Limitation Indicator*)

BLIMI. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

1. Oui, fortement limité
2. Oui, limité(e), mais pas fortement
3. Non, pas limité du tout
8. Refus
9. Ne sait pas

Questions du module E – Limitation fonctionnelles

Limitations

Maintenant, j'aimerais que vous pensiez aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans la vie de tous les jours. Ignorez les problèmes temporaires, passagers.

Instruction à l'enquêteur : On entend par « aide technique » un instrument, un équipement ou système adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité.

BDEP. Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

BESCAL. Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés

4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

BSOU. Pouvez-vous vous servir de vos mains et de vos doigts sans aide technique (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...) ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

BAGEN. Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

B1ELI. Pouvez-vous contrôler vos selles ou vos urines ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus

Questions du modules F – Restrictions d'activités

Préambule : Nous allons maintenant parler des difficultés que vous pouvez rencontrer dans les activités de la vie quotidienne et les aides éventuelles dont vous disposez pour les réaliser ainsi que celles dont vous auriez besoin. **Le mot aide se réfère à l'aide humaine, aux aides techniques et aux aménagements/adaptations du logement.** Une fois de plus, veuillez ignorer les problèmes passagers ou temporaires.

ADL. Avez-vous des difficultés pour réaliser seul(e) les activités suivantes ?

(plusieurs réponses possibles)

**Ne pas prendre en compte les cas où le parent répond que l'enfant est trop jeune (ex : se servir des toilettes seul pour un nourrisson)
présenter la carte n°9**

1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)
8. Aucune difficultés pour réaliser chacune de ces activités.

Questions du modules - Aides techniques

IntroD : Nous allons maintenant aborder les aides techniques que vous utilisez habituellement dans vos activités quotidiennes.

Présenter la CARTE n°8 du cahier des cartes

DPROTU. Pouvez-vous me dire quelles aides techniques/prothèses vous portez/utilisez ?

La carte s'affiche sous CAPI et l'enquêteur coche

Prothèses et implants

1. Prothèse de la hanche
2. Prothèse de genou
3. Prothèse des membres supérieurs (doigt, main ou bras artificiel,...)
4. Prothèse des membres inférieurs à l'exclusion de la hanche et du genou (pied ou jambe artificielle...)
5. Autre prothèse (œil de verre, prothèse mammaire, prothèse de nez...)

appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

6. Appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale (corset...)
7. Appareillage des membres supérieurs
8. Appareillage des membres inférieurs (chaussures orthopédiques...)
9. Autre appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

aides pour les soins personnels et la protection

10. Sonde ou un collecteur d'urines (système d'évacuation de l'urine)
11. Protections absorbantes (couches)
12. Vêtements adaptés
13. Aides pour stomisés (poches, absorbants)

aides pour la mobilité personnelle

aides au déplacement

14. Cannes ou béquilles
15. Canne blanche
16. Déambulateur
17. Fauteuil roulant manuel
18. Fauteuil roulant électrique
19. Tricycle (manuel ou à moteur)

20. Scooter adapté
21. Aide animalière comme un chien guide
22. Autres aides pour marcher ou se déplacer

aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit)

23. Planches, sangles, harnais
24. Lève-personnes
25. Autres aides pour aller du lit au fauteuil

aides pour les traitements

26. Assistance respiratoire (respirateur, aspirateur, oxygénothérapie)
27. Traitement d'une affection circulatoire (bas anti-œdème, compression...)
28. Matériel de dialyse
29. Matériel d'injection (seringue ou aiguille, pompe à perfusion, pompe à insuline...)
30. Matériel pour faire des examens de contrôle (analyses de sang ou d'urines, tension artérielle...)
31. Stimulateur cardiaque (pacemaker)
32. Matériel anti-escarres (coussins, matelas...)
33. Autre aide pour les traitements
34. Aucune aide technique/prothèse

Indicateur de KATZ

L'indicateur de Katz sert à évaluer la capacité qu'a une personne à réaliser six activités de la vie quotidienne : faire sa toilette ; s'habiller ; aller aux toilettes et les utiliser ; se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; contrôler ses selles et urines ; manger des aliments déjà préparés.

Cet indicateur distingue les individus en huit groupes :

- **Groupe A** : la personne est indépendante pour les six activités ;
- **Groupe B** : la personne est dépendante pour une seule activité ;
- **Groupe C** : la personne est dépendante pour deux activités, dont « faire sa toilette » ;
- **Groupe D** : la personne est dépendante pour trois activités, dont « faire sa toilette » et « s'habiller » ;
- **Groupe E** : la personne est dépendante pour quatre activités, dont « faire sa toilette », « s'habiller » et « aller aux toilettes et les utiliser » ;
- **Groupe F** : la personne est dépendante pour cinq activités, dont « faire sa toilette », « s'habiller », « aller aux toilettes et les utiliser » et « se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège » ;
- **Groupe G** : la personne est dépendante pour les six activités ;
- **Groupe H** : la personne est dépendante pour au moins deux activités sans être classable dans les catégories précédentes.

Dans l'enquête HSM, deux approches ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Seule la première approche a été retenue pour comparaison avec l'enquête HYTPEAC. Il s'agit de l'estimation 1 de KATZ

repérant les personnes qui déclarent être dans l'incapacité de réaliser seules les activités. Il traduit l'aptitude de la personne à faire seule.

Il est à noter, qu'**aucune des deux estimations n'est comparable (dans le calcul) à celle produite pour HID ménages 1999.**

Les variables mobilisées dans HSM pour le calcul de la première estimation de KATZ sont :

Activité	Variables HSM	Intitulé de la question
faire sa toilette	ADL_1 : (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se laver seul (prendre un bain, une douche)
s'habiller	ADL_2 (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : s'habiller et se déshabiller seul(e)
aller aux toilettes et les utiliser	ADL_5 (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se servir des toilettes seul(e)
se coucher ou quitter son lit et s'asseoir	ADL_6 (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se coucher et se lever du lit seul(e)
ou quitter son siège	ADL_7 (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : s'asseoir et se lever d'un siège seul(e)
contrôler ses selles et urines	BIELI (Module E)	Eliminer
manger des aliments déjà préparés	ADL_4 (Module F)	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête

Annexe 3. Correspondances HYTPEAC/HSM2008

Dans HYTPEAC, les questions sur les restrictions d'activités et les limitations fonctionnelles sont filtrées par la question GALI-P.

Domaine HID	Variable HYTPEAC	Questions HYTPEAC	Variable HSM	Questions HSM
		Précisez dans quelle activité vous êtes limité (oui/non/NVPR):		
Toilette	q101a	Vous laver	ADL_1	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se laver seul (prendre un bain, une douche)
Habillage	q101b	Vous habiller / déshabiller	ADL_2	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : s'habiller et se déshabiller seul(e)
Alimentation	q101c	Couper la nourriture	ADL_3	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : couper la nourriture ou se servir à boire seul(e)
	q101d	Vous servir à boire		
	q101e	Manger et boire	ADL_4	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
Elimination	q101f	Vous servir des toilettes	ADL_5	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se servir des toilettes seul(e)
	q101g	Contrôler vos selles et vos urines, si non arrivez-vous à vous changer/nettoyer seule	B1ELI	Eliminer
Transferts	q101h	Vous lever et vous coucher	ADL_6	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : se coucher et se lever du lit seul(e)
	q101i	Vous asseoir et vous lever de votre siège	ADL_7	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne : s'asseoir et se lever d'un siège seul(e)

Déplacements	q101j	Vous déplacer	BDEP	Marcher 500 mètres
	q101k	Monter et descendre un escalier	BESCAL	Monter et descendre un étage d'escalier sans aide
Souplesse et manipulation	q101l	Vous couper les ongles des orteils	BAGEN	
	q101m	Vous servir de vos mains et de vos doigts sans difficultés	BSOU	Se servir des mains et des doigts sans aide
	q101n	Vous baisser, lorsque vous êtes debout pour ramasser un objet	BAGEN	Se baisser, s'agenouiller

Les variables mobilisées dans HSM pour le calcul de l'estimation KATZ 1 : ADL_1, ADL_2, ADL_5, ADL_6, ADL_7, B1ELI, ADL_4

Dans HYTPEAC, les variables mobilisées sont donc : q101a, q101b, q101f, q101h, q101g et q101e.

Concernant les aides techniques au déplacement et les prothèses :

<p>Q4. Utilisez-vous une canne, des béquilles ou un fauteuil roulant pour marcher ou vous déplacer ? R. <i>Oui / Non</i></p> <p>Q5. Avez-vous une prothèse ? R. <i>Oui / Non</i></p> <p>Si oui à Q5 : Q. Précisez R. <i>membre supérieur / membre inférieur / autre</i></p>	<p>Q. Pouvez-vous me dire quelles aides techniques/prothèses vous portez/utilisez ? R. Prothèses et implants : <i>de hanche / de genou / des membres supérieurs / des membres inférieurs à l'exclusion de la hanche et du genou / autre</i> Aides au déplacement : <i>Cannes ou béquilles / Canne blanche / Déambulateur / Fauteuil roulant (...)</i></p>
--	--

Annexe 4. Descriptions supplémentaires de la population HYTPEAC

Tableau A4.1. Description des maladies chroniques déclarées, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Maladie cardio-vasculaire			
Non	936	30 662 [26677-34647]	93,9 [90,1- 96,3]
Oui	64	1 995 [954-3037]	6,1 [3,7-9,9]
Total	1 000	32 657	100
Hypertension			
Non	914	30 124 [26061-34186]	92,2 [89,3-94,4]
Oui	86	2 533 [1656-3411]	7,8 [5,6-10,7]
Total	1 000	32 657	100
Carence en fer			
Non	988	32 406 [28 200-36 611]	99,2 [98,2-99,7]
Oui	12	252 [26-477]	0,8 [0,3-1,8]
Total	1 000	32 657	100
Maladie articulaire et osseuse			
Non	963	31 395 [27 285-35 506]	96,1 [93,5-97,7]
Oui	37	1262 [560-1 964]	3,9 [2,3-6,5]
Total	1 000	32 657	100
Maladie respiratoire ou ORL			
Non	906	29 494 [25 664-33 324]	90,3 [86,6-93,1]
Oui	94	3 163 [1 970-4 356]	9,7 [6,9-13,4]
Total	1 000	32 657	100
Maladie du système digestif			
Non	976	31 463 [27400-35526]	96,3 [92,1-98,4]
Oui	24	1 194 [213- 2175]	3,7 [1,6-7,9]
Total	1 000	32 657	100
Maladie du foie (hépatites)			
Non	947	31 523 [27 328-35 719]	96,5 [94,9-97,7]
Oui	53	1 134 [676-1 592]	3,5 [2,3-5,2]
Total	1 000	32 657	100
Maladie de la peau			
Non	984	32 150 [27 902-36 399]	98,5 [97,3-99,1]
Oui	16	507 [219-795]	1,6 [0,9-2,7]
Total	1 000	32 657	100,1
Maladie du système nerveux			
Non	954	31 209 [27 020-35 398]	95,6 [93,2-97,1]
Oui	46	1 448 [822-2 074]	4,4 [2,9-6,8]
Total	1 000	32 657	100

Insuffisance rénale			
Non	991	32 225 [27 952-36 498]	98,7 [96,4-99,5]
Oui	9	432 [-,19-864]	1,3 [0,5-3,6]
Total	1 000	32 657	100
Epilepsie			
Non	961	31 609 [27 403-35 814]	96,8 [95,0-98,0]
Oui	39	1049 [564-1533]	3,2 [2,0-5,1]
Total	1 000	32 657	100
Maladies psychiques			
Non	889	28 898 [24 948-32 849]	88,5 [84,5-91,5]
Oui	111	3759 [2525-4993]	11,5 [8,5-15,5]
Total	1 000	32 657	100
Cancer, leucémie, tumeur			
Non	983	32 072 [27 792-36 352]	98,2 [96,4-99,1]
Oui	17	585 [171-999]	1,8 [0,9-3,7]
Total	1 000	32 657	100
Diabète			
Non	952	31 493 [27 455-35 532]	96,4 [94,2-97,8]
Oui	48	1164 [547-1780]	3,6 [2,2-5,8]
Total	1 000	32 657	100
VIH			
Non	983	32 229 [28 118-36 339]	98,7 [96,6-99,5]
Oui	17	428 [-5,4-862]	1,3 [0,5-3,4]
Total	1 000	32 657	100
Addiction (alcool ou drogue)			
Non	980	32 184 [27 920-36 449]	98,6 [97,4-99,2]
Oui	20	473 [202-744]	1,4 [0,8-2,6]
Total	1 000	32 657	100
Maladies ophtalmologiques			
Non	987	32 283 [28 114-36 452]	98,9 [97,9-99,4]
Oui	13	374 [127-621]	1,1 [0,6-2,1]
Total	1 000	32 657	100
Autres maladies chroniques			
Non	980	32 136 [27 945-36 327]	98,4 [97,1-99,1]
Oui	20	521 [199-843]	1,6 [0,9-2,9]
Total	1 000	32 657	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1000 répondants, N=32 657

Lecture : Le taux de personnes atteintes de maladie cardio-vasculaire chronique s'élève à 6,1%.

Tableau A4.2. Description de certaines maladies chroniques déclarées après regroupement, Enquête HYTPEAC, 2011

	n observé	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Maladies du système cardio-vasculaire			
Non	868	28 490 [24 723-32 258]	87,2 [83,5-90,3]
Oui	132	4 167 [2 883-5 451]	12,8 [9,7-16,6]
Total	1 000	32 657	100
Maladies métaboliques			
Non	943	31302 [27 282-35 322]	95,9 [93,5-97,4]
Oui	57	1355 [687-2 023]	4,1 [2,6-6,5]
Total	1 000	32 657	100
Maladies digestives			
Non	928	30 477 [26 493-34 462]	93,3 [89,6-95,8]
Oui	72	2 180 [1 117-3 242]	6,7 [4,2-10,4]
Total	1 000	32 657	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 1000 répondants, N=32 657

Lecture : Le taux de personnes atteintes de maladies du système cardio-vasculaire chroniques s'élève à 12,8%.

Tableau A4.3. Durée écoulée (en années) depuis la première perte de logement, selon l'âge, chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011

	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	≥ 70 ans	Total
Moyenne	3,1	5,0	9,1	8,9	12,6	8,0	7,4
(erreur-type)	(0,4)	(0,6)	(0,9)	(0,9)	(1,7)	(4,2)	(0,5)
Médiane	1	2	6	5	8	2	4

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 986 répondants, N= 32 307

Lecture : Parmi les personnes âgées de 18 à 29 ans, les durées écoulées moyenne et médiane depuis la première perte de logement sont respectivement de 3,1 ans et 1 an.

Annexe 5. ACM (HYTPEAC)

1. Traitement de la non réponse pour l'ACM

Le taux de non-réponse associé aux variables de restrictions d'ADL et limitations fonctionnelles retenues dans l'ACM varie entre 7,6% et 13,1%. Afin d'éviter une trop grande perte d'information, nous nous proposons d'accepter l'hypothèse selon laquelle les enquêteurs n'ont renseigné, dans 14,7% des cas, que les réponses positives sur ce module du questionnaire. Selon cette logique, les données manquantes deviennent le reflet de réponses vraisemblablement négatives aux questions de ce module. A une exception près toutefois : les observations pour lesquelles l'ensemble des réponses à ces questions sont manquantes (6,4% des cas), où lorsque la personne n'a pas voulu répondre.

Tableau A5.1. La non réponse, Enquête HYTPEAC, 2011

	Taux de non réponse (%)
Restrictions d'ADL : se sent limité.e pour ...	
se laver	12,9
s'habiller / se déshabiller	10,5
couper la nourriture	12,6
se servir à boire	11,6
manger et boire	11,6
se servir des toilettes	13,1
se lever / se coucher	12,1
s'asseoir / se lever	13,0
Limitations fonctionnelles : se sent limité.e pour ...	
se déplacer	7,6
monter / descendre un escalier	10,6
se couper les ongles des orteils	12,5
se servir de ses mains et de ses doigts	12,8
se baisser pour ramasser un objet	12,0

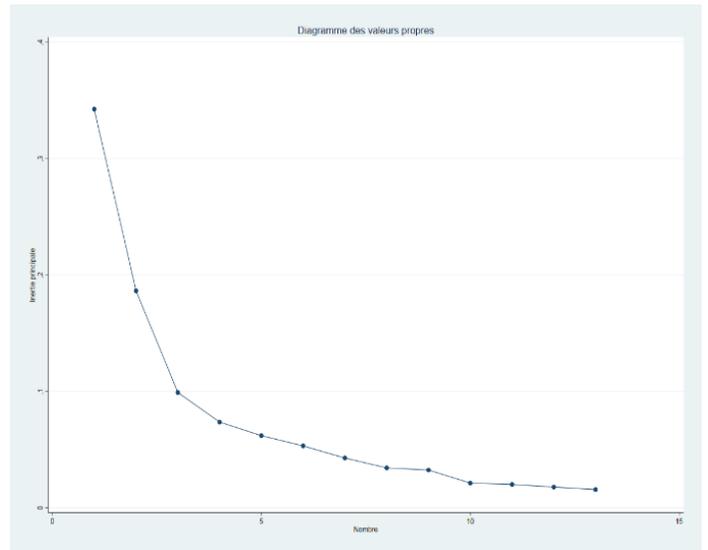
Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, nombre de répondants variant de 312 (N=10 484) à 313 (N=10 538)

Lecture : Le taux de non réponse pour la question relative à la restriction d'ADL « se laver » s'élève à 12,9%.

Tableau A5.2. Distribution de l'inertie principale selon les dimensions, Enquête HYTPEAC, 2011

	Inertie Principale (%)	Fréquence cumulée (%)
Dimension 1	34,24	34,24
Dimension 2	18,63	52,87
Dimension 3	9,9	62,77
Dimension 4	7,36	70,12
Dimension 5	6,19	76,32
Dimension 6	5,31	81,63
Dimension 7	4,27	85,9
Dimension 8	3,42	89,32
Dimension 9	3,24	92,56
Dimension 10	2,11	94,67
Dimension 11	2	96,67
Dimension 12	1,77	98,44
Dimension 13	1,56	100



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Lecture : La première dimension de l'ACM concentre 34,2% de l'inertie principale.

Tableau A5.3. Coordonnées et contributions (en %) des modalités des variables aux deux axes après retrait du bruit blanc, Enquête HYTPEAC, 2011

	Dimension 1		Dimension 2	
	Coord*	Contrib**	coord	contrib
Restrictions d'ADL :				
se sent limité.e pour ...				
se laver				
Non	369	2,3%	89	0,2%
Oui	-1105	6,9%	-266	0,7%
s'habiller, se déshabiller				
Non	437	3,0%	105	0,3%
Oui	-992	6,8%	-238	0,7%
couper la nourriture				
Non	164	0,6%	-183	1,3%
Oui	-2075	7,1%	2327	16,3%
se servir à boire				
Non	167	0,6%	-156	0,9%
Oui	-2409	8,5%	2251	13,6%
manger et boire				
Non	136	0,4%	-154	0,9%
Oui	-1962	5,6%	2231	13,3%
se servir des toilettes				
Non	216	0,9%	21	0,0%
Oui	-1425	6,0%	-139	0,1%
se lever et se coucher				
Non	593	4,5%	403	3,8%
Oui	-770	5,8%	-523	4,9%
s'asseoir et se lever				
Non	571	4,1%	463	4,9%
Oui	-716	5,1%	-581	6,2%
Limitations fonctionnelles :				
se sent limité.e pour ...				
se déplacer				
Non	575	2,2%	708	6,1%
Oui	-240	0,9%	-295	2,5%
monter et descendre un escalier				
Non	688	3,7%	624	5,5%
Oui	-361	1,9%	-328	2,9%
se couper les ongles des orteils				
Non	338	2,0%	-23	0,0%
Oui	-1172	6,9%	78	0,1%
se servir de ses mains et de ses doigts				
Non	173	0,6%	-195	1,4%
Oui	-1480	5,1%	1670	12,0%
se baisser				
Non	465	3,1%	125	0,4%
Oui	-835	5,6%	-224	0,7%

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Lecture : La modalité « oui » de la restriction d'activité «se laver » a pour coordonnée -1 105 sur l'axe 1 du plan factoriel, et sa contribution s'élève à 6,9%.

Note : Les modalités surlignées de couleur grise sont celles qui contribuent de manière significative aux deux axes (leur contribution est supérieure à la contribution moyenne, qui est égale à l'inverse du nombre total de modalités, soit 3,8%).

* Le terme « coord » désigne la coordonnée de la modalité

** Le terme « contrib » désigne la contribution de la modalité

2. Détermination du nombre de groupes optimal

Le principe des Clusters K-means est de tester différents regroupements. L'indicateur de Kalinski Arabasz indique le meilleur regroupement lorsqu'il est le plus élevé. Néanmoins, au-delà de 4 groupes les effectifs des groupes composés se révèlent trop faibles et les groupes ne sont pas suffisamment distincts. C'est pourquoi nous n'avons retenu dans ce modèle que 3 groupes.

Tableau A5.4. Détermination du nombre de groupes optimal, Enquête HYTPEAC, 2011

Nombre de groupes	Calinski/Harabasz pseudo-F
3	18 838,48
4	16 619,12
5	19 210,51
6	20 950,57
7	19 242,32
8	18 529,70
9	16 929,13

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 303 répondants, N=9 811

Lecture : L'indicateur de Kalinski Arabasz vaut 18 838,5 pour une classification de la population en trois groupes.

Tableau A5.5. Distribution des personnes sans domicile dans les trois groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	N estimé	Proportion estimée % [IC95%]
Groupe 1	5306	53,8 [52,8-54,8]
Groupe 2	3782	38,3 [37,4-39,3]
Groupe 3	777	7,9 [7,4-8,4]
Total	9865	100

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants, N=9 865

Lecture : Le groupe 1 représente 53,8% de la population.

Tableau A5.6. Caractéristiques socio-démographiques des groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

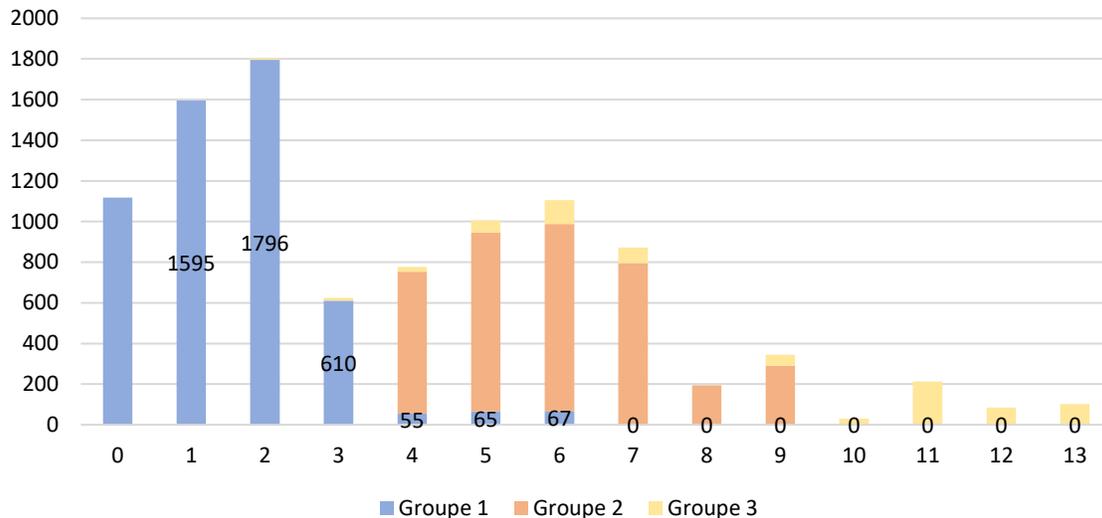
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total	<i>p</i>
Sexe					0,000
Homme	67,8 [66,6-69,1]	55,1 [53,5-56,6]	79,7 [76,7-82,4]	63,9 [62,9-64,8]	
Femme	32,2 [30,9-33,4]	44,9 [43,4-46,5]	20,3 [17,6-23,3]	36,1 [35,2-37,1]	
Âge					0,000
18-29 ans	8,8 [8,0-9,6]	5,1 [4,4-5,8]	7,0 [5,4-9,0]	7,2 [6,7-7,7]	
30-39 ans	18,0 [17,0-19,1]	11,8 [10,9-12,9]	33,6 [30,3-37,0]	16,9 [16,1-17,6]	
40-49 ans	37,0 [35,7-38,3]	32,2 [30,7-33,7]	23,7 [20,8-26,8]	34,1 [33,2-35,0]	
>= 50 ans	36,3 [35,0-37,6]	50,9 [49,3-52,5]	35,8 [32,5-39,2]	41,8 [40,9-42,8]	
Travail					0,000
Non	83,9 [82,9-84,8]	76,6 [77,2-79,9]	83,3 [80,5-85,7]	81,8 [81,0-82,5]	
Oui	16,1 [15,2-17,1]	21,4 [20,1-22,8]	16,7 [14,3-19,5]	18,2 [17,5-19,0]	
Revenu stable					0,000
Non	34,6 [33,4-35,9]	49,4 [47,8-51,0]	51,1 [47,6-54,6]	41,6 [40,6-42,6]	
Oui	65,4 [64,1-66,6]	50,6 [49,0-52,2]	48,9 [45,4-52,4]	58,4 [57,4-59,4]	
Couverture médicale (AME)					0,012
Non	89,4 [88,6-90,2]	87,4 [86,3-88,4]	88,3 [85,6-90,5]	88,6 [87,9-89,2]	
Oui	10,6 [9,8-11,4]	12,6 [11,6-13,7]	11,7 [9,5-14,4]	11,4 [10,8-12,1]	
Durée depuis le 1^{er} épisode sans domicile					0,000
1 an ou moins	16,1 [15,1-17,1]	13,2 [12,2-14,4]	14,6 [12,2-17,4]	14,9 [14,2-15,6]	
Entre 2 et 10 ans	57,0 [55,6-58,3]	62,2 [60,6-63,7]	67,8 [64,3-71,2]	59,8 [58,8-60,8]	
11 ans ou plus	27,0 [25,8-28,2]	24,6 [23,3-26,0]	17,5 [14,9-20,5]	25,4 [24,5-26,2]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, nombre de répondants variant de 297 (N=9 621) à 304 (N=9 865)

Lecture : Le groupe 1 est composé à 32,2% de femmes.

Figure A5.1. Répartition des personnes sans domicile selon le nombre de restrictions d’ADL et limitations fonctionnelles, et les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

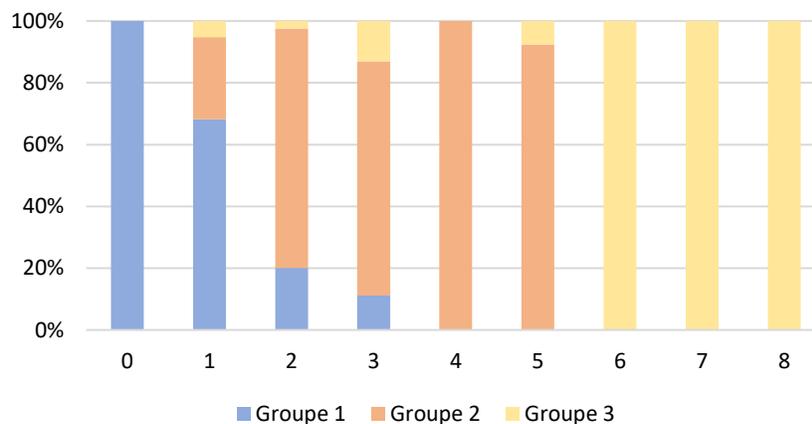


Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants (N=9 865)

Lecture : Seules 1118 personnes du groupe 1 ne ressentent aucune des limitation considérées (GALI-P).

Figure A5.2. Répartition des personnes sans domicile selon le nombre de restrictions d’ADL et les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

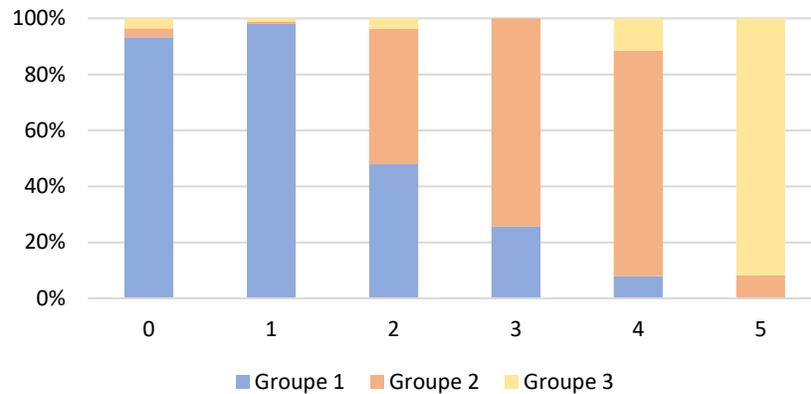


Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants (N=9 865)

Lecture : Les personnes ne ressentant aucune des restrictions d’ADL considérées (GALI-P) font exclusivement partie du groupe 1.

Figure A5.3. Répartition des personnes sans domicile selon le nombre de limitations fonctionnelles et les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011



Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants (N=9 865)

Lecture : Parmi les personnes ne ressentant aucune des limitations fonctionnelles considérées (GALI-P), 93,3% font partie du groupe 1, 3,2% appartiennent au groupe 2, et le reste (3,5%) sont issues du groupe 3.

Tableau A5.7. Prévalences des types de maladies chroniques déclarés selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

Type de maladie « chronique » (> 6 mois)	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total	<i>p</i>
Maladies cardio-vasculaires	22,5	32,0	12,5	25,4	0,000
Maladies psychiques	19,2	9,4	19,2	15,4	0,000
Maladies du système digestif	6,8	22,9	11,6	13,4	0,000
Maladies du métabolisme	6,7	2,9	1,4	4,8	0,000
Maladies du sang	3,6	2,6	1,2	3,0	0,000
Maladies de l'appareil génital	1,6	0,8	11,6	2,1	0,000

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 304 répondants (N=9 865)

Lecture : Parmi les personnes du groupe 1, 22,5% déclarent être atteintes de maladies cardio-vasculaires chroniques.

Note pour les tableaux suivant : dans notre modèle tel qu'il est spécifié, être un homme ou une femme n'est pas significativement lié à la probabilité d'appartenir à un groupe en particulier.

Tableau A5.8. Variables associées au fait d'appartenir au groupe 1 de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	RP	IC95%	<i>p</i>
Sexe			
Homme	1,01	[0,95-1,09]	0,714
Femme			
Age			
Moins de 50 ans ou plus	1,17	[1,10-1,25]	0,000
50 ans ou plus	réf.		
Être né en France			
Non	réf.		
Oui	1,33	[1,24-1,42]	0,000
Niveau d'étude inférieur au lycée			
Non	réf.		
Oui	1,01	[0,94-1,07]	0,877
Avoir un travail			
Non	1,07	[0,99-1,17]	0,091
Oui	réf.		
Percevoir des prestations sociales			
Non	réf.		
Oui	1,27	[1,18-1,36]	0,000
Type de couverture sociale maladie			0,007
Aucune	réf.		
AME	1,23	[1,08-1,41]	0,002
PUMA	1,11	[1,00-1,23]	0,043
Recours à l'hébergement social			
Non	1,17	[1,05-1,30]	0,004
Oui	réf.		
Durée depuis le 1^{er} épisode de vie sans domicile			0,018
1 an ou moins	1,09	[0,99-1,20]	0,082
Entre 2 et 10 ans	1,11	[1,03-1,20]	0,005
Plus de 10 ans	réf.		
Consommation d'alcool			
Non	1,02	[0,96-1,09]	0,463
Oui	réf.		
Consommation de drogue			
Non	réf.		
Oui	1,13	[1,03-1,25]	0,014
Maladie psychique chronique			
Non	réf.		
Oui	1,10	[1,01-1,19]	0,024
Maladie cardio-vasculaire chronique			
Non	réf.		
Oui	1,03	[0,95-1,11]	0,512
Maladie du système digestif chronique			
Non	1,76	[1,56-1,99]	0,000
Oui	réf.		
Maladie respiratoire chronique			
Non	1,73	[1,55-1,92]	0,000
Oui	réf.		

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 285 répondants, N=9 292

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont 1,01 fois plus de chance que les hommes d'appartenir au groupe 1, mais ce rapport de prévalences (RP) n'est pas significatif ($p=0,714$).

Tableau A5.9. Variables associées au fait d'appartenir au groupe 2 de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	RP	IC95%	<i>p</i>
Sexe			
Homme	réf.		
Femme	1,01	[0,93-1,11]	0,766
Age			
Moins de 50 ans ou plus	réf.		
50 ans ou plus	1,10	[1,02-1,20]	0,020
Être né en France			
Non	1,25	[1,14-1,38]	0,000
Oui	réf.		
Niveau d'étude inférieur au lycée			
Non	1,23	[1,13-1,33]	0,000
Oui	réf.		
Avoir un travail			
Non	réf.		
Oui	1,35	[1,23-1,49]	0,000
Percevoir des prestations sociales			
Non	1,27	[1,17-1,39]	0,000
Oui	réf.		
Type de couverture sociale maladie			
Aucune			0,390
AME	1,04	[0,93-1,17]	0,506
PUMA	0,94	[0,84-1,06]	0,299
	réf.		
Recours à l'hébergement social			
Non	réf.		
Oui	1,40	[1,19-1,66]	0,000
Durée depuis le 1^{er} épisode de vie sans domicile			
1 an ou moins			0,000
Entre 2 et 10 ans	0,72	[0,64-0,82]	0,000
Plus de 10 ans	0,72	[0,65-0,79]	0,000
	réf.		
Consommation d'alcool			
Non	1,03	[0,95-1,12]	0,479
Oui	réf.		
Consommation de drogue			
Non	2,81	[2,26-3,49]	0,000
Oui	réf.		
Maladie psychique chronique			
Non	1,17	[1,03-1,33]	0,013
Oui	réf.		
Maladie cardio-vasculaire chronique			
Non	réf.		
Oui	1,04	[0,95-1,14]	0,421
Maladie du système digestif chronique			
Non	réf.		
Oui	1,68	[1,52-1,86]	0,000
Maladie respiratoire chronique			
Non	réf.		
Oui	1,64	[1,49-1,79]	0,000

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 285 répondants, N=9 292

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont 1,01 fois plus de chance que les hommes d'appartenir au groupe 1, mais ce rapport de prévalences (RP) n'est pas significatif ($p=0,766$).

Tableau A5.10. Variables associées au fait d'appartenir au groupe 3 de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011

	RP	IC95%	<i>p</i>
Sexe			
Homme	réf.		
Femme	1,11	[0,91-1,37]	0,307
Age			
Moins de 50 ans ou plus	réf.		
50 ans ou plus	2,04	[1,68-2,47]	0,000
Être né en France			
Non	3,57	[2,89-4,40]	0,000
Oui	réf.		
Niveau d'étude inférieur au lycée			
Non	réf.		
Oui	2,08	[1,72-2,52]	0,000
Avoir un travail			
Non	2,34	[1,79-3,06]	0,000
Oui	réf.		
Percevoir des prestations sociales			
Non	1,60	[1,28-1,99]	0,000
Oui	réf.		
Type de couverture sociale maladie			
Aucune	réf.		0,000
AME	0,54	[0,40-0,74]	0,000
PUMA	0,49	[0,39-0,62]	0,000
Recours à l'hébergement			
Non	1,24	[0,97-1,60]	0,089
Oui	réf.		
Durée depuis le 1^{er} épisode de vie sans domicile			
1 an ou moins	réf.		0,000
Entre 2 et 10 ans	0,78	[0,61-0,99]	0,042
Plus de 10 ans	0,29	[0,21-0,40]	0,000
Consommation d'alcool			
Non	réf.		
Oui	1,74	[1,43-2,11]	0,000
Consommation de drogue			
Non	réf.		
Oui	5,39	[4,18-6,94]	0,000
Maladie psychique chronique			
Non	1,40	[1,07-1,83]	0,015
Oui	réf.		
Maladie cardio-vasculaire chronique			
Non	2,75	[2,13-3,56]	0,000
Oui	réf.		
Maladie du système digestif chronique			
Non	1,73	[1,35-2,22]	0,000
Oui	réf.		
Maladie respiratoire chronique			
Non	2,82	[1,81-4,40]	0,000
Oui	réf.		

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 285 répondants, N=9 292

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont 1,11 fois plus de chance que les hommes d'appartenir au groupe 1, mais ce rapport de prévalences (RP) n'est pas significatif ($p=0,307$).

Annexe 6. Taux de prévalence estimés de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes maladies chroniques déclarées (HYTPEAC)

Tableau A6.1. Taux de prévalence estimés de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes maladies chroniques déclarées, Enquête HYTPEAC, 2011

	N estimé	[IC95%]	Taux de prévalence estimé	[IC95%]	<i>p</i>
Maladie cardio-vasculaire					<i>0,0006</i>
Non	9183	[7223-11144]	30,1	[24,6-36,1]	
Oui	1346	[320-2373]	67,5	[45,2-84,0]	
Hypertension					<i>0,0068</i>
Non	9168	[7249-11088]	30,5	[25,4-36,2]	
Oui	1362	[642-2081]	53,8	[35,5-71,1]	
Carence en fer					<i>0,0765</i>
Non	10390	[8215-12564]	32,2	[26,7-38,2]	
Oui	140	[-13-294]	55,8	[29,6-79,1]	
Maladie articulaire et osseuse					<i>0,0001</i>
Non	9608	[7614-11603]	30,7	[25,5-36,5]	
Oui	921	[277-1566]	73,4	[49,6-88,6]	
Maladie respiratoire ou ORL					<i>0,1292</i>
Non	9055	[7132-10978]	30,8	[25,3-36,9]	
Oui	1475	[413-2536]	46,6	[27,2-67,1]	
Maladie du système digestif					<i>0,0251</i>
Non	9730	[7709-11750]	31,0	[25,6-37,1]	
Oui	800	[-154-1754]	67,0	[33,6-89,1]	
Maladie du foie (hépatites)					<i>0,0240</i>
Non	9911	[7723-12098]	31,5	[25,9-37,8]	
Oui	619	[236-1003]	54,6	[35,2-72,7]	
Maladie de la peau					<i>0,1177</i>
Non	10467	[8252-12683]	32,7	[27,1-38,8]	
Oui	62	[-26-151]	12,3	[2,8-41,0]	
Maladie du système nerveux					<i>0,4405</i>
Non	9977	[7854-12099]	32,0	[26,5-38,1]	
Oui	553	[214-892]	40,6	[20,9-63,9]	
Insuffisance rénale					<i>0,1549</i>
Non	10259	[8056-12462]	31,9	[26,4-38,0]	
Oui	271	[-123-666]	62,8	[21,3-91,3]	

Epilepsie					0,4239
Non	10127	[7946-12307]	32,1	[26,54-38,1]	
Oui	403	[138-668]	41,9	[20,2-67,3]	
Maladies psychiques					0,0817
Non	8814	[6842-10786]	30,6	[25,1-36,79]	
Oui	1716	[737-2694]	45,7	[29,3-63,0]	
Cancer, leucémie, tumeur					0,0566
Non	10174	[7971-12378]	31,8	[26,3-37,9]	
Oui	355	[29-682]	60,7	[29,8-85,0]	
Diabète					0,6638
Non	10101	[7981-12221]	32,2	[26,7-38,2]	
Oui	429	[105-753]	36,9	[18,5-60,1]	
VIH					0,4594
Non	10438	[8218-12658]	32,5	[27,1-38,4]	
Oui	92	[-2-6-187]	21,5	[5,5-56,5]	
Addiction (alcool ou drogue)					0,5044
Non	10332	[8130-12534]	32,2	[26,7-38,3]	
Oui	198	[14-381]	41,9	[17,5-71,0]	
Maladies ophtalmologiques					0,0334
Non	10303	[8099-12508]	32,0	[26,5-38,1]	
Oui	227	[47-407]	60,6	[32,1-83,4]	
Autres maladies chroniques					0,0143
Non	10182	[8007-12357]	31,8	[26,3-37,9]	
Oui	348	[89-607]	66,7	[37,1-87,2]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 996 répondants, N= 32 556

Lecture : Parmi les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire chronique, 67,5% ressentent une limitation (GALI-P).

Tableau A6.2. Taux de prévalence estimés de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon certains regroupements de maladies chroniques, Enquête HYTPEAC, 2011

	N estimé	[IC95%]	Taux de prévalence estimé	[IC95%]	p
Maladies du système cardio-vasculaire					0,0000
Non	8004	[6340-9668]	28,2	[23,2-33,8]	
Oui	2526	[1310-3742]	60,6	[44,6-74,7]	
Maladies métaboliques					0,7619
Non	10054	[7946-12163]	32,2	[26,7-38,3]	
Oui	476	[142-809]	35,1	[19,1-55,4]	
Maladies digestives					0,0049
Non	9191	[7194-11189]	30,3	[24,6-36,6]	
Oui	1338	[330-2347]	61,4	[39,9-79,3]	

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 1008 personnes interrogées, 996 répondants, N= 32 556

Lecture : Parmi les personnes atteintes de maladies du système cardio-vasculaire chroniques, 60,6% ressentent une limitation (GALI-P).

Annexe 7. Origine et nature des limitations d'activités parmi les personnes se sentant limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème physique durable, pour chaque sexe (HYTPEAC)

La majorité des hommes et des femmes s'estimant limitées dans des activités quotidiennes (question GALI-P) citaient un seul problème à l'origine de cette limitation (**Tableau A7.1**). A nouveau, comme indiqué précédemment, ceci n'est cependant pas un reflet de l'ensemble des pathologies des personnes sans domicile, ces-dernières pouvant avoir d'autres pathologies ne provoquant pas de telles limitations du point de vue de la personne.

Tableau A7.1. Répartition de la population selon le nombre de problèmes physiques durables jugés par la personne comme la limitant dans ses activités quotidiennes, Enquête HYTPEAC, 2011

Nombre de problèmes	Hommes	Femmes	Total	<i>p</i>
	Proportion estimée % [IC95]	Proportion estimée % [IC95]	Proportion estimée % [IC95]	
1	84,6 [77,9-89,5]	86,9 [78,1-92,5]	85,4 [80,2-89,4]	
2	11,7 [7,7-17,4]	9,8 [5,1-17,8]	11,0 [7,6-15,7]	
3	3,7 [1,4-9,6]	3,4 [1,0-11,0]	3,6 [1,7-7,5]	
Total	100,0	100,0	100,0	0,89

Source : Enquête HYTPEAC 2011

Champ : 313 personnes se sentant limitées (GALI-P) interrogées, 313 répondants, N= 10 530

Lecture : Parmi les hommes, 84,6% estiment souffrir d'un unique problème physique durable qui les limite dans leurs activités quotidiennes.

Parmi les hommes concernés :

Pour les **ADL** :

- Pour la **toilette** : 22,3% (IC95% [14,9-32,0]) disaient être limités pour se laver,
- Pour l'**habillement** : 25,0% (IC95% [17,7-34,2]) étaient limités pour s'habiller/se déshabiller,
- Pour l'**alimentation** :
 - o 8,4% (IC95% [5,1-13,7]) étaient limités pour couper leur nourriture,
 - o 8,2% (IC95% [4,6-14,3]) l'étaient pour se servir à boire,
 - o 6,4% (IC95% [3,5-11,4]) l'étaient pour manger et boire,
- Pour l'**élimination** :
 - o 13,5% (IC95% [8,8-20,0]) étaient limités pour se servir des toilettes,
 - o 8,9% (IC95% [5,1-15,2]) l'étaient pour contrôler selles et/ou urines (plus des 2/3 d'entre eux n'arrivaient pas à se changer/se nettoyer seules),
- Pour les **transferts** :
 - o 36,5% (IC95% [27,3-46,8]) étaient limités pour se lever/se coucher,
 - o 36,6% (IC95% [26,6-47,9]) l'étaient pour s'asseoir/se lever de leur siège.

Pour les **limitations fonctionnelles** :

- Pour les **déplacements** :
 - o 63,6% (IC95% [51,4-74,3]) étaient limités pour se déplacer,
 - o 56,6% (IC95% [44,8-67,6]) l'étaient pour monter et descendre un escalier,
- Pour la **souplesse** et/ou la **manipulation** :
 - o 20,6% (IC95% [14,0-29,1]) étaient limités pour (se pencher pour) se couper les ongles des orteils,
 - o 12,5% (IC95% [7,9-19,3]) l'étaient pour se servir de ses mains/de ses doigts sans difficultés,
 - o 33,5% (IC95% [24,2-44,3]) l'étaient pour se baisser, lorsqu'ils sont debout, pour ramasser un objet.

Enfin, 24,5% (IC95% [15,9-35,8]) étaient limités pour **d'autres activités** qu'ils spécifiaient, et 4,9% (IC95% [1,6-14,2]) n'ont pas répondu au détail des activités pour lesquelles ils se sentaient limités.

Parmi les femmes ayant déclaré avoir un (ou des) problème(s) physique(s) durable(s) limitant leurs activités quotidiennes :

Pour les **ADL** :

- Pour la **toilette** : 22,2% (IC95% [10,0-50,7]) disaient être limitées pour se laver,
- Pour l'**habillement** : 35,0% (IC95% [17,8-57,3]) étaient limitées pour s'habiller/se déshabiller,
- Pour l'**alimentation** :
 - o 3,7% (IC95% [1,1-11,8]) étaient limitées pour couper leur nourriture,
 - o 3,3% (IC95% [0,8-12,0]) l'étaient pour se servir à boire,
 - o 5,3% (IC95% [2,1-12,7]) l'étaient pour manger et boire,
- Pour l'**élimination** :
 - o 10,0% (IC95% [3,1-28,0]) étaient limitées pour se servir des toilettes,
 - o 7,6% (IC95% [1,7-27,8]) l'étaient pour contrôler selles et/ou urines (87% d'entre elles n'arrivaient pas à se changer/se nettoyer seules),
- Pour les **transferts** :
 - o 48,2% (IC95% [29,8-67,0]) étaient limitées pour se lever/se coucher,
 - o 50,3% (IC95% [31,4-69,2]) l'étaient pour s'asseoir/se lever de leur siège.

Pour les **limitations fonctionnelles** :

- Pour les **déplacements** :
 - o 71,2% (IC95% [55,2-83,2]) étaient limitées pour se déplacer,
 - o 69,6% (IC95% [53,0-82,3]) l'étaient pour monter et descendre un escalier,
- Pour la **souplesse** et/ou la **manipulation** :
 - o 21,3% (IC95% [10,5-38,4]) étaient limitées pour (se pencher pour) se couper les ongles des orteils,
 - o 4,3% (IC95% [1,5-12,1]) l'étaient pour se servir de ses mains/de ses doigts sans difficultés,
 - o 32,8% (IC95% [19,5-49,6]) l'étaient pour se baisser, lorsqu'elles sont debout, pour ramasser un objet.

Enfin, 13,0% (IC95% [5,7-26,8]) étaient limitées pour **d'autres activités** qu'elles spécifiaient, et 3,3% (IC95% [0,9-11,2]) n'ont pas répondu au détail des activités pour lesquelles elles se sentaient limitées.

Parmi les personnes se sentant limitées dans leurs activités quotidiennes, et renseigné le type de limitations ressenties, les hommes ont en moyenne 1,7 (IC95% [1,2-2,1]) restriction d'activités et de 2,1 (IC95% [1,7-2,4]) limitations fonctionnelles et les femmes en ont respectivement 1,9 (IC95% [1,2-2,6]) et 2,1 (IC95% [1,8-2,5]). Ces nombres varient respectivement de 0 à 8 et de 0 à 6 chez les hommes et de 0 à 8 et de 0 à 5 chez les femmes.

Annexe 8. Listes des tableaux et figures

Tableau 1. Caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	21
Tableau 2. Eléments de parcours sans logement des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	24
Tableau 3. Consommation d'alcool au cours de l'année des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	25
Tableau 4. Consommation de drogues au cours de l'année des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	25
Tableau 5. Durée moyenne de marche quotidienne des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	26
Tableau 6. Reconnaissance administrative du handicap, Enquête HYTPEAC, 2011	28
Tableau 7. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de problèmes physiques déclarés par la personne comme étant à l'origine de ces limitations, Enquête HYTPEAC, 2011	31
Tableau 8. Modalités des variables de limitation d'activités contribuant significativement à l'analyse des correspondances multiples, Enquête HYTPEAC 2011	40
Tableau 9. Description des aides reçues selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011	43
Tableau 10. Taux de prévalences des restrictions d'ADL et limitations fonctionnelles selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011	44
Tableau 11. Fréquence du(des) problème(s) jugé(s) à l'origine de la limitation ressentie (GALI-P) selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011	46
Tableau 12. Aides techniques selon les groupes issus de la classification, Enquête HYTPEAC, 2011	47
Tableau 13. Taux de prévalence estimé de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	51
Tableau 14. Taux de prévalence estimé de limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon l'âge et le sexe. Enquête HYTPEAC, 2011	52

Tableau 15. Prévalences de la limitation ressentie (GALI-P) selon la durée de l'épisode de vie sans domicile en cours. Enquête HYTPEAC, 2011	53
Tableau 16. Prévalences estimées, rapports de prévalences ajustés et facteurs associés à l'existence de(s) limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) (analyses multivariées) chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011.....	54
Tableau 17. Prévalences de(s) <i>forte(s)</i> limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) selon différentes caractéristiques des personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	56
Tableau 18. Prévalences de la <i>forte</i> limitation d'AVQ selon l'âge chez les hommes et les femmes, Enquête HYTPEAC, 2011.....	57
Tableau 19. Prévalences estimées, rapports de prévalences ajustés et facteurs associés à l'existence de(s) <i>forte(s)</i> limitation(s) ressentie(s) (GALI-P) (analyses multivariées) chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011	58
Tableau 20. Proportions de personnes sans domicile citant les problèmes qu'elles jugent à l'origine de leurs limitations d'activités, par type de problème et selon le sexe. Enquête HYTPEAC, 2011	61
Tableau 21. Proportion estimée du nombre de personnes selon l'âge, Enquête HSM2008.....	65
Tableau 22. Caractéristiques des personnes âgées de 18 à 85 ans, Enquête HSMr2008	66
Tableau 23. Distribution en classes d'âges des population HYTPEAC 2011 et HSMr2008	67
Tableau 24. Reconnaissance administrative du handicap, Enquête HSMr2008	68
Tableau 25. Proportion estimée de personnes ayant des difficultés pour se laver seules, Enquête HSMr2008	68
Tableau 26. Proportion de personnes se sentant limitées, ou fortement limitées (GALI), Enquête HSMr2008	68
Tableau 27. Prévalences de(s) <i>forte(s)</i> limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge chez les hommes et les femmes. Enquête HSMr2008	70
Tableau 28. Taux de prévalence estimés de limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008	71
Tableau 29. Taux de prévalence estimés de <i>forte(s)</i> limitation(s) ressentie(s) (GALI) selon l'âge dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008	71

Tableau 30. Description des aides apportées dans les populations HYTPEAC 2011 et HSMr2008 et selon le ressenti de limitation(s) d'activité (GALI-P).....	79
Tableau 31. Taux de prévalence estimés de la limitation et de la <i>forte</i> limitation des activités quotidiennes du fait d'un problème physique ou de santé durable en fonction de différents seuils d'âge, Enquêtes HYTPEAC 2011 et HSMr2008.....	81
Figure 1. Pyramides des âges dans la population sans domicile et en France en 2011	19
Figure 2. Durée écoulée (en années) depuis la première perte de logement, selon l'âge, chez les personnes sans domicile, Enquête HYTPEAC, 2011.....	23
Figure 3. Distribution des répondants à la question GALI-P selon leur âge, Enquête HYTPEAC, 2011..	29
Figure 4. Proportions des personnes se sentant limitées pour chaque type d'ADL ou de fonction, parmi les personnes se sentant limitées (GALI-P) Enquête HYTPEAC, 2011.....	33
Figure 5. Distribution des personnes sans domicile se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de restrictions d'ADL et de limitations fonctionnelles qu'elles déclarent, Enquête HYTPEAC, 2011	34
Figure 6. Proportions des personnes se sentant limitées dans chaque domaine d'activité, parmi celles se sentant limitées (GALI-P), Enquête HYTPEAC, 2011	35
Figure 7. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI-P) selon le nombre de domaines d'activités affectés, Enquête HYTPEAC, 2011	35
Figure 8. Répartitions des modalités des restrictions d'ADL, des limitations fonctionnelles et des compteurs associés selon les deux premiers axes. Enquête HYTPEAC, 2011	38
Figure 9. Nuage des individus selon leur groupe d'appartenance, Enquête HYTPEAC, 2011	41
Figure 10. Prévalences des différentes limitations d'activités quotidiennes selon le sexe parmi les personnes sans domicile se sentant limitées « du fait d'un problème physique durable », Enquête HYTPEAC, 2011	62
Figure 11. Répartition de la population se sentant limitée du fait d'un problème physique durable selon le nombre de restrictions d'activités et de limitations fonctionnelles, Enquête HYTPEAC, 2011	63
Figure 12. Prévalence des limitations par domaines d'activités selon le sexe parmi les personnes se sentant limitées du fait d'un problème physique durable, Enquête HYTPEAC, 2011	64

Figure 13. Taux estimé de personnes se sentant limitées (GALI) en fonction des classes d'âge, Enquête HSMr2008..... 69

Figure 14. Proportions de personnes se sentant limitées pour chaque type d'ADL ou de fonction parmi les personnes se sentant limitées (GALI), Enquête HSMr2008..... 74

Figure 15. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI) selon le nombre de restrictions d'ADL et de limitations fonctionnelles, Enquête HSMr2008..... 75

Figure 16. Proportions des personnes se sentant limitées pour chaque domaine d'activités parmi celles se sentant limitées (GALI), Enquête HSMr2008..... 76

Figure 17. Distribution des personnes se sentant limitées (GALI) selon le nombre de domaines d'activités affectés par des limitations Enquête HSMr2008 76

Références bibliographiques

Abrossimov C, Chereque F. Les liens entre handicap et pauvreté : Les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources. [Internet]. Inspection générale des affaires sociales ; 2014 nov p. 253. Report No. 2014-048R. Disponible sur : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2014/12/2014-048r_liens_handicap_et_pauvrete.pdf

Académie nationale de médecine (Alfred Spira, rapporteur). Précarité, pauvreté et santé. Paris: Académie nationale de médecine; 2017. 24 p. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvrete-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>

Ankri J, Mormiche P. Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête « Handicaps – Incapacités – Dépendance » (HID). In : Santé, Société et Solidarité : Vieillesse et santé 2002;(2):25-38. doi : 10.3406/oss.2002.887

Arnaud A, Vandentorren S. Enquête HYTPEAC. Rapport sur l'HYgiène de la Tête aux Pieds : Ectoparasitoses et Affections Cutanées. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris; 2013. 178 p. [Internet]. Disponible sur : <https://www.samusocial.paris/hytpeachygiene-de-la-tete-aux-pieds-ectoparasitoses-et-affectionscutanees>

Arnaud A, Chosidow O, Detrez M-A, Bitar D, Huber F, Foulet F, et al. Prevalences of scabies and pediculosis corporis among homeless in the Paris region : results from 2 random cross-sectional surveys (HYTPEAC study). *Br J Dermatol*. 2016;174(1):104-112

Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL. Mortality among homeless shelter residents in New York City. *Am J Public Health*. 1999;89(4):529-34.

Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(11):859-70.

Bouvier G. L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans. In : *France, portrait social* - édition 2009 - Vue d'ensemble - Consommation et conditions de vie, pp. 125-42.

Bouvier G. L'enquête Handicap-Santé. Présentation Générale, Document de travail n° F1109, Insee ; 2011, 62 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380971>

Brouard C. Le handicap en chiffres. [Internet]. CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations); 2004, févr, 77 p. Disponible sur : <http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hiddif/HTML/handicap-2.pdf>

Brousse C. Enquête sans domicile 2001, 1ère partie : Définition de la population sans-domicile et choix de ma méthode d'enquête [Internet]. 2006. (Insee-méthodes). Report No. n°116. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116b.pdf>

Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *J Gen Intern Med*. 2012;27(1):16-22.

Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Factors Associated with Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2013;24(2). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671483/>

Brunel M, Carrère A. La prévalence nationale des incapacités et de la dépendance en France en 2014. In : Les Dossiers de la DREES : Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie Quotidienne et Santé 2014. 2017 ;(13) : 5-23.

Brunel M, Carrère A. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 - Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». *Etudes et Résultats*, DREES. 2017, N°1029.

Cambois E, Grobon S, Robine JM, Van Oyen H. Faut-il changer la formulation des indicateurs de « limitations d'activité » ? Une comparaison de quatre variantes de formulation du GALI. *Dossiers Solidarité et Santé*. 2015;(70) :5-25.

Cambois E. Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social. *Etudes et Résultats*. 2004, N°295.

Cambois E. Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *Etudes et Résultats*, DREES, 2003, N°261.

Chausse M.-L, Labrador J, Pierre-Marie E, Roger S. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance, *INSEE Ile-de-France À la Page* [Internet]. 2014, n° 423.

Cibois P., 1997, « Les pièges de l'analyse des correspondances », *Histoire & Mesure*, vol. 12, n° 3/4, p. 299-320.

Cimino T, Steinman MA, Mitchell SL, Miao Y, Bharel M, Barnhart CE, et al. Disabled on the street: the course of functional impairment in older homeless adults. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1237-9.

CMDR. Mortalité des personnes sans-domicile en 2017. Rapport publié en octobre 2018 [Internet]. Disponible sur : <http://mortsdelarue.org/spip.php?article320>

Cognet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int*. 2012;28(2):11-34.

Colvez A., Michel E. État de santé et conditions de vie des personnes de 65 ans et plus en Haute-Normandie : enquête régionale représentative 1978-1979. Institut national de la santé et de la recherche médicale / Le Vésinet : INSERM, 1981.

Cour des comptes. L'hébergement des personnes sans domicile : des résultats en progrès, une stratégie à préciser. 2017.

de la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Prem* [Internet]. avr 2003;(893). Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP893.pdf

Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Rapport au Ministère des Solidarités et de la Santé et le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, juillet 2018. [Internet] Disponible sur : https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport2018-acces_aux_soins_pp_et_ph-consolide_29-08-2018-fin.pdf

Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et Résultats*, 2010, N° 718.

Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y. Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, Méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale ; Document de travail, série Sources et Méthodes, DREES, 2011, n° 26, septembre.

Espagnacq M. Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale - Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008). *Dossiers Solidarité et Santé*. 2015, 68 :1-17.

Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014;384(9953):1529–1540.

Firdion J-M, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris [Internet]. CREDES; 1998 juin. Report No. 472. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1222.pdf>

Hwang SW. Homelessness and health. *Can Med Assoc J*. 2001;164(2):229-33.

Hwang SW. Is homelessness hazardous to your health? Obstacles to the demonstration of a causal relationship. *Can J Public Health Rev*. 2002;93(6):407-10.

Ined. Enquête 142, 1995 : Personnes sans logement, Questionnaire N°3 – Auprès de la clientèle des services [Internet]. Disponible sur : http://bdq.quetelet.progedo.fr/fr/Details_d_une_enquete/634

Insee, Ined. Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas - Janvier-février 2012, Questionnaire Individu Long. <http://www.progedo-adisp.fr/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-0852>

Insee-Méthodes n°116, 2006. Sigles, Bibliographie, Annexes [Internet]; Disponibles sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>

Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet J-F. « Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version : CISP-2 ». Care Edition, Bruxelles, 2000, 232 p.

Katz S., Ford A-B., Moskowitz R. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized Measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963;185(12):914-19.

Kehn ME, Ho P-S, Kroll T. Identifying the health service needs of homeless adults with physical disabilities. *Public Health*. 2013;127(8):785-7.

Laporte A, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris et Inserm; 2010. 225 p. [Internet]. Disponible sur : http://www.samusocial.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf

Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(36-37):693-7.

A, Mizrahi A. Disparité sociales de morbidité en France. CREDES; 1997 mai p. 19. Report No. 1177.

Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(36-37):662-70. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html

Mordier B. Introduction de cadrage Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Economie et Statistique*, 2016 ;(488-489):25-35.

NHCHC (National Health Care for the Homeless Council) 2011 Policy statement : Disability, employment and homelessness. [Internet] Disponible sur : https://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2011/09/disability2011_-final.pdf

Observatoire du Samusocial de Paris. Rapport d'enquête ENFAMS - Enfants et Familles sans logement personnel en Ile-de-France. Observatoire du Samusocial de Paris; 2014 p. 359.

OMS | Rapport mondial sur le handicap [Internet]. WHO. Disponible sur : http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/

Pierre-Marie E, Roger S. Les sans-domicile de l'agglomération parisienne se perçoivent en bonne santé. *INSEE Ile-de-France À la Page* [Internet]. 2014, N°423. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=20&ref_id=21385

Pliquet E. L'hébergement social, hors urgence : plus de 81 000 personnes sans hébergement accueillies en établissements. *Études et Résultats*, DREES, 2015, n° 918.

Pliquet E. [Plus de 100 000 places d'hébergement pour les personnes en difficulté sociale](#). *Études et Résultats*, DREES, 2015, n° 916.

Ravaud JF, Letourmy A, Ville I. Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé. *Population*, 2002/3;57 :541-65.

Ravaud JF, Mormiche M. Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales. *Comprendre*. 2003;4:87-106.

Renaut S. Les apports de l'enquête Handicap Santé. *Gérontologie et Société*. 2012/5 ;35(HS-1):55-74.

Roy D. Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2016 ;(4):21-33.

Samu Social de Paris. 15 propositions pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants. (2018). Disponible sur :

<https://www.samusocial.paris/actualite/15-propositions-pour-que-la-rue-cesse-detre-une-fatalite-pour-les-sans-abri-vieillissants>

Schenker N, Gentleman JF, Rose D, Hing E, Shimizu IM. Combining estimates from complementary surveys: a case study using prevalence estimates from national health surveys of households and nursing homes. *Public Health Rep*, 2002;117(4):393-407.

Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Health*. 2018;76:25. Published 2018 May 28. doi:10.1186/s13690-018-0270-8

Vuillermoz, C. et al. Mortality among homeless people in France, 2008–10. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):1028-1033.

WHO. The global burden of disease : 2004 Upgrade. [Internet]. Geneva: WHO; 2008. Disponible sur : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. In : France, portrait social – Édition 2014. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques; 2014. p. 123-138. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC14i_D1_sansdomicile.pdf

