



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2025 N° 26

Santé mentale des personnes âgées sans domicile

Analyse descriptive de la population sans domicile de plus de 50 ans suivie par une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité à Lyon au regard d'une revue de la littérature comparant la santé mentale de la population âgée et jeune sans domicile

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 24 mars 2025
En vue d'obtenir le titre de Doctoresse en Médecine

Par

Auriane Moindrot

née le 4 juillet 1995, à Paris XIVème

Sous la direction du Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean-François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Claude DUSSART (ISPB)	
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon

Bruno GUIDERDONI

Directeur de l'Institut National Supérieur
du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Pierre CHAREYRON

Directrice du Département-composante Génie Électrique &
des Procédés (GEP)

Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK

BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hors classe

VILLANI	AXEL	Dermatologie - vénéréologie
---------	------	-----------------------------

Professeur.es des Universités – Praticien.nes Hospitalier.ères

Classe Exceptionnelle – Échelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d’urgence
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d’adulte – Addictologie
DELAHAYE	FRANÇOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORELON	EMMANUELLE	Néphrologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VANDENESCH	FRANÇOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeur.es des Universités – Praticien.nes Hospitalier.ères

Classe Exceptionnelle – Échelon 1

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie

BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
------------	------	---------------------------------

BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
COTTIN	VINCENT	Pneumologie, addictologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie (disponibilité du 01/06/2022 au 31/05/2024)
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - vénéréologie
KODJIAN	LAURENT	Ophthalmologie
KROLAC-SALMONT	PIERRE	Médecine interne (disponibilité du 01/01/2023 au 31/12/2024)
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie viscérale et digestive
MICHEL	PHILIPPE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
ROY	PASCAL	Biostatistique inf.méd.
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	PHILIPPE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur.es des Universités – Praticien.nes Hospitalier.ères
Première classe

AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie réanimation – Médecine d’urgence
BACCHETA	JUSTINE	Pédiatrie
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANÇOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie - Réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie - Addictologie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	ARNAUD	Médecine interne

HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation-Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur.es des Universités – Praticien.nes Hospitalier.ères

Seconde classe

BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHEDOTAL	ALAIN	Biologie cellulaire
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
DELLA SCHIAVA	NELLIE	Chirurgie vasculaire
DUCRAY	FRANÇOIS	Neurologie
DUPRE	AURELIEN	Cancérologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HAESEBAERT	JULIE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie

HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire
JOUBERT	BASTIEN	Neurologie
LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeure des Universités
1ère classe

CARVALLO PLUS	SARAH	Épistémologie Histoire des Sciences et techniques
---------------	-------	---

Professeur des Universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeur.es associé.es de Médecine Générale

DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeur.es associé.es d'autres disciplines

CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
JUNG	JULIEN	Neurologie
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticien.nes hospitalier.ères
Hors Classe

CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VÉRONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticien.nes hospitalier.ères

Hors Classe – Échelon Exceptionnel

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
BRINGUIER	PIERRE	Histologie, embryologie cytogénétique
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Histologie, embryologie cytogénétique
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtresses de conférences – Praticien.nes hospitalier.ères

Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SÉBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne – Gériatrie - Addictologie
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maître.sses de conférences – Praticien.nes hospitalier.ères

Seconde classe

BALANCA (stagiaire)	BAPTISTE	Anesthésie, réanimation médecine peri
BARBA (stagiaire)	THOMAS	Médecine interne, gériatrie, addictologie
BAUDIN	FLORENT	Pédiatre
BENECH	NICOLAS	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOCCALINI (stagiaire)	SARA	Radiologie, imagerie médicale
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile

CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes – Addictologie
DUPIEUX CHABERT (stagiaire)	CELINE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
GRINBERG (stagiaire)	DANIEL	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
KOENIG	ALICE	Immunologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
MAINBOURG JARDEL (stagiaire)	SABINE	Thérapeutique médecine douleur, addictologie
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pharmacologie fondamentale, pharmacie clinique, addiction
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VIPREY (stagiaire)	MARIE	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Maîtres de conférences

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Épistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maître.sses de conférences

Classe normale

BAYLAC-PAOULY	BAPTISTE	Épistémologie Histoire des Sciences et techniques
DALIBERT	LUCIE	Épistémologie Histoire des Sciences et techniques
FAUVERNIER	MATHIEU	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Épistémologie Histoire des Sciences et techniques
MATEO	SEBASTIEN	Sciences de rééducation et de réadaptation
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VIALON	VIVIAN	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maître de conférences de Médecine Générale

Première classe

CHANELIERE	MARC
------------	------

Maîtresse de conférences de Médecine Générale

Seconde classe

LAMORT-BOUCHE	MARION
---------------	--------

Maîtres.sses de conférences associé.es de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maître de conférences associé Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et réadaptation
------------	--------	-----------------------------------

Professeur Honoraire

DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie
------	-------------	--------------

Professeur.es émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BORSON-CHAZOT	FRANÇOISE	Endocrinologie diabétologie maladies du métabolisme
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
GUEYFFIER	FRANÇOIS	Pharmacie fondamentale, clinique
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
MAUGUIERE	FRANÇOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie, hépatologie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques
REVEL	DIDIER	Radiologie imagerie médicale
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients et patientes des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à l'indigente et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les humains m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Emmanuel POULET, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de l'attention particulière que vous avez portée à mon travail. Je vous suis également reconnaissante pour la qualité constante de vos enseignements.

A Madame la Professeure Caroline DEMILY, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Je vous exprime toute ma reconnaissance pour votre écoute et votre expertise.

A Monsieur le Professeur Benjamin ROLLAND, je vous remercie de votre présence dans mon jury de thèse. Votre regard expérimenté sur mon travail est très important.

A mon directeur de thèse, le Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI, merci d'avoir accepté de m'encadrer, de m'avoir aidée à trouver ce sujet qui me passionne et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ton accueil au SPID et pour ta confiance. J'espère que cette première expérience de direction (partagée avec Élise) t'aura donné l'envie de renouveler l'expérience !

Au Docteur Jean-Michel DOREY, je vous remercie pour votre relecture et vos précieux conseils pendant la rédaction de cette thèse. Je vous remercie également pour votre implication auprès des internes, dans votre service par votre présence formatrice ou plus généralement lors de journées d'enseignement.

Au Docteur Jean-Christophe VIGNOLES, je te remercie de ta contribution en tant que relecteur de mon ouvrage et de ton accueil au sein d'InterfaceSDF. Merci pour ton encadrement et ta bienveillance pendant ces six mois de stage.

Au Département d'Informations Médicales de l'hôpital Saint Jean de Dieu que je remercie pour son aide dans la récupération des données médicales.

Merci à celles et ceux qui ont de près ou de loin contribué à ce travail, en particulier ma maman pour tes re-re-relectures, mon frère et Caro d'avoir bien voulu relire également mon travail. A mon papa, pour tes tableaux croisés dynamiques et ta relecture. A Élise, pour ta maîtrise de jamovi et ta syntaxe intransigeante. A Alex pour ta contribution à l'élaboration des statistiques. A FX et Anto pour ce magnifique PPT partagé. A la SNCF, sans qui je n'aurais jamais écrit cette thèse.

Je tiens également à remercier tous.tes les soignant.es avec lequel.les j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat et en particulier :

- A toute l'équipe d'InterfaceSDF, avec laquelle j'ai été heureuse de travailler et que je remercie de m'avoir fait découvrir la psychiatrie de la précarité. Merci pour votre bienveillance et votre confiance. Merci pour votre engagement.
- A toutes les équipes du pôle de psychiatrie de la personne âgée, je vous remercie de m'avoir accueillie et de m'avoir fait découvrir cette spécialité qui me passionne.

A ma famille et mes ami.es pour votre soutien et votre amour.

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédent

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

DRAP : Dispositif Ressource d'Accompagnement Psychologique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ETHOS : European Typology of Homelessness and Housing Exclusion

HAS : Haute Autorité de Santé

HEARTH : Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing

HOPE HOME : Health Outcomes of People Experiencing Homelessness in Older Middle Age

HTA : Hypertension artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

LAM : Lit d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lit Halte Soins Santé

ONPES : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PSH : Permanent Supportive Housing

RSA : revenu de solidarité active

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SDF : Sans Domicile Fixe

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TSO : Traitement substitutif aux opioïdes

UCSA : Un Chez Soi d'Abord

Table des matières

Introduction.....	16
Définitions et épidémiologie	19
Personne âgée	19
Santé mentale, psychiatrie de la précarité, souffrance psychosociale.....	19
Sans domicile et sans abrisme	21
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité.....	22
L'histoire des EMPP	22
État des lieux des EMPP	23
InterfaceSDF	25
Matériel et méthodes	27
Revue de la littérature	27
Analyse descriptive	29
Résultats.....	31
Revue de la littérature	31
Caractéristiques socio-démographiques.....	31
Support social.....	33
Santé mentale	33
Santé physique	35
Utilisation des services de soin	35
Accès au logement	37
Analyse descriptive	38
Caractéristiques socio-démographiques.....	38
Support social.....	40
Santé mentale	41
Santé physique	43
Utilisation des services de soin	44
Suivi InterfaceSDF.....	45
Comparaison des données des moins et plus de 65 ans	48
Profil des personnes orientées en EHPAD ou résidence pour personne âgée	57
Discussion	58
Conclusion et perspectives.....	68
Bibliographie	72
Annexe	79
Tableau des articles sélectionnés pour la revue de la littérature.....	79

Introduction

L'impact de la précarité et de l'absence de logement sur la santé mentale a été largement étudié depuis les années soixante (1,2). En France, on estime qu'un tiers des personnes sans logement personnel souffre de troubles psychiatriques, et un autre tiers souffre au moins d'une addiction, une prévalence très supérieure à la population générale (3).

Les premières recherches ciblant spécifiquement la santé mentale des personnes âgées sans domicile émergent dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix (4,5). Une revue de la littérature, publiée en 2003, révèle la rareté des études sur le sujet, uniquement réalisées aux États-Unis et en Angleterre. Ces travaux initiaux mettent en lumière une prévalence élevée de troubles psychiatriques parmi la population des personnes âgées sans domicile. Les troubles les plus fréquemment observés sont les troubles psychotiques (9-66%), la dépression (15-66%) et les troubles cognitifs (5-55%) (6).

L'étude de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) (7) met en lumière l'invisibilité de la tranche d'âge des plus de 50 ans dans la recherche, principalement due à leur isolement, leur vulnérabilité et une mortalité précoce qui compliquent l'analyse de leurs caractéristiques spécifiques. Cependant, les résultats révèlent des réalités préoccupantes : les personnes âgées sans domicile présentent un état de santé plus dégradé que les plus jeunes, un isolement social plus marqué, et un recours moindre aux services d'aide. Et contrairement aux idées reçues, la majorité de ces personnes n'ont pas une expérience prolongée de vie dans la rue. Leur situation résulte bien souvent d'évènements difficiles récents : divorce, perte d'emploi ou expulsion de leur domicile.

En raison du manque de données spécifiques sur la santé mentale de la population âgée sans domicile, notamment en France, les mesures de prise en charge adaptées à cette population sont rares. Pourtant, la double caractéristique d'âge et de précarité soulève des questions sur les particularités des troubles psychiatriques et addictologiques de cette population vulnérable et sur leur prise en charge. L'étude de Weldrick et Canham (8) rapporte des conséquences à plusieurs niveaux du fait d'être âgé et sans domicile : niveau intrapersonnel

(internalisation de l'âgisme et sentiment de responsabilité de leur situation), niveau interpersonnel (victimisation par les plus jeunes, discrimination par les propriétaires, traitement inégal dans les soins de santé), niveau institutionnel et communautaire (services inadaptés aux personnes âgées et négligence de leurs besoins), et enfin niveau sociétal et structurel (stigmatisation, manque de financement pour des services adaptés, absence de reconnaissance dans les politiques sociales renforçant leur exclusion). A ces particularités s'ajoutent également les pathologies chroniques, le vieillissement prématuré, mais aussi les syndromes gériatriques précoces, tels que la fragilité, les troubles neurocognitifs, les chutes, ainsi que les problématiques de fin de vie et de mortalité prématurée (9,10). Le collectif *Les Morts à la Rue* rapporte un âge moyen de décès de 50 ans pour les personnes sans-abri, soulignant l'impact de la grande précarité sur l'espérance de vie, réduite d'environ 30 ans (11).

Par ailleurs, le nombre de personnes âgées sans domicile ne cesse d'augmenter en France passant en 2012 de 18% du nombre total de personnes sans domicile à 27% en 2021 (7). En 2021, les personnes de plus de 60 ans représentaient près de 20% des appels au 115 à Paris. (12).

De plus, le vieillissement démographique constitue une tendance lourde en France. Depuis 2011, la proportion de personnes âgées a connu une hausse régulière, atteignant 20,5% de la population en 2020, contre 19,7% en 2018. En 20 ans, la tranche d'âge des plus de 65 ans a progressé de 4,7 points (13). Selon les projections de l'INSEE publiées en 2016, si les tendances actuelles se maintenaient, la France pourrait compter 76,4 millions d'habitant.es en 2070, dont 28,7% seraient âgé.es de 65 ans et plus, avec une augmentation particulièrement marquée pour les personnes de 75 ans ou plus. On peut donc envisager que, parallèlement à l'augmentation générale de la population vieillissante, le nombre de personnes âgées sans domicile pourra connaître également une forte croissance.

Bien que l'espérance de vie continue d'augmenter chaque année, l'espérance de vie en bonne santé augmente moins vite, notamment en raison de l'augmentation des problèmes de dépendance. En 2022, l'espérance de vie à la naissance était de 85,2 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes, tandis que l'espérance de vie sans incapacité était respectivement de 65,3 ans et 63,8 ans, soit un écart de 19,9 ans et 15,5 ans vécus avec

incapacité (14). Ces incapacités physiques, cognitives ou psychiques impliquent des besoins accrus en matière de soins, nécessitant une réorganisation et un renforcement des ressources disponibles, avec un coût majeur pour le système de santé (15). L'accompagnement du vieillissement, notamment en matière de santé et de conditions de vie, constitue donc un défi social, politique et sanitaire majeur, en particulier pour les personnes les plus précaires.

Plusieurs études (6) suggèrent le besoin plus important de services de santé pour les plus âgées sans domicile. Cependant, l'accès aux soins reste un défi majeur pour cette population, plusieurs obstacles systémiques entravant leur accompagnement. Les difficultés de transport, la complexité administrative et la méconnaissance des systèmes de santé et sociaux, la stigmatisation, et le manque de services spécialisés créent en effet des barrières limitant l'accès aux soins (16–23). Les Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP) ont été créées dans le but « d'aller vers » et de rendre le soin psychiatrique accessible pour des personnes qui en sont exclues.

C'est dans ce contexte que nous avons choisi de nous concentrer sur la population des personnes âgées sans domicile. Après un rappel des principales définitions et données épidémiologiques, nous évoquerons l'historique des EMPP et présenterons le fonctionnement de celle de Lyon. Nous exposerons ensuite les données de la littérature scientifique concernant les enjeux spécifiques de santé mentale auxquels cette population fait face, à travers une revue de la littérature comparant les caractéristiques socio-démographiques, de santé mentale et d'accès aux soins de la population âgée et jeune sans domicile. Enfin, nous décrirons plus spécifiquement les caractéristiques des personnes de plus de 50 ans sans domicile souffrant de pathologies psychiatriques suivies par une EMPP à Lyon (InterfaceSDF) entre 2018 et 2022 et nous comparerons les tranches d'âge de 50-64 ans et plus de 65 ans. À partir de ces constats et des résultats obtenus, nous aborderons les perspectives de recherche et les pistes d'amélioration pour la prise en charge de cette population particulièrement vulnérable.

Définitions et épidémiologie

Personne âgée

L'âge à partir duquel une personne est définie comme âgée varie en fonction des domaines, et est généralement fixé entre 65 et 75 ans. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère qu'une personne âgée est une personne de plus de 60 ans. En psychiatrie de la personne âgée, la limite de prise en charge est souvent établie à 65 ans. Cependant, plusieurs études ont montré que les adultes sans domicile présentent, dès l'âge de 50 ans, des taux de maladies chroniques et de troubles gériatriques (chutes, troubles cognitifs, perte d'autonomie) similaires, voire supérieurs, à ceux de la population générale ayant 15 à 20 ans de plus (4,24,25). Face à ce vieillissement prématuré et à la mortalité précoce, les études comparant les caractéristiques des personnes âgées sans domicile et des plus jeunes, se focalisent sur les populations de plus de 50 ou 55 ans. Les associations œuvrant en faveur des personnes âgées sans domicile, comme l'association française Les Petits Frères des Pauvres, accueillent donc ces personnes dès 50 ans.

Santé mentale, psychiatrie de la précarité, souffrance psychosociale

La santé mentale est un concept multidimensionnel qui va au-delà de l'absence de troubles psychiatriques et d'addictions et inclut les notions de bien-être et de contribution sociale.

La psychiatrie de la précarité est un champ de la psychiatrie qui s'est développé avec la création des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), en réponse à la demande croissante de soins adaptés aux personnes en grande précarité souffrant de troubles psychiques. Ces personnes présentent souvent des caractéristiques particulières, dues à l'accumulation de vulnérabilités interdépendantes : problèmes sociaux, administratifs, somatiques et de santé mentale. De plus, elles rencontrent des difficultés d'accès aux soins, ce qui aggrave leur souffrance psychosociale. Ces situations génèrent des tableaux cliniques complexes, souvent sans diagnostic clair.

Récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge des personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques. Parmi les points clés, l'accent est mis sur une démarche « d'aller vers », une approche à la fois globale, clinique et sociale, ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire et personnalisé, tenant compte des vulnérabilités spécifiques de certaines populations, notamment celle des personnes âgées (26).

La souffrance psychosociale, parfois appelée souffrance psychique d'origine sociale, désigne « *un état de mal être ou de détresse dans les situations engendrant l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail ou de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation* » (27,28). Elle ne constitue pas un trouble psychiatrique à proprement parler mais elle représente un facteur de risque, car elle peut entraîner des phénomènes de repli sur soi, de dépréciation de l'image de soi et de désespoir pouvant conduire à un retrait social de plus en plus important (27,28). Jean Furtos va jusqu'à définir, à l'extrême de cette souffrance psychosociale, ce qu'il nomme le syndrome d'auto-exclusion, qui désigne la situation dans laquelle un individu, face à un environnement social excluant, cesse d'être un « acteur digne » au sein de ses groupes d'appartenance (29).

La clinique psychosociale se situe à l'intersection du psychique et du social. Elle illustre le besoin d'une approche conjointe et complémentaire entre les soins psychiatriques et l'accompagnement social afin de répondre de manière adéquate aux besoins des personnes en grande exclusion. Cette approche permet de prendre en charge la souffrance psychosociale, intégrant les dimensions sociales et psychologiques dans l'espace de soin, en faisant intervenir des professionnels multiples, du domaine du soin et du travail social (30).

Jean Furtos souligne que cette clinique psychosociale peut entraîner un sentiment d'impuissance chez les intervenant.es face à la détresse de ces individus. Ce malaise peut se manifester par un processus transférentiel qu'il nomme « vicariance » dans lequel la souffrance des patients se répercute sur les intervenant.es, qui en viennent à souffrir par substitution. Ce malaise serait alors le symptôme de la clinique psychosociale, un signe de la difficulté à appréhender pleinement cette souffrance complexe (29).

Sans domicile et sans abris

La définition du sans domicile ou « homelessness » présente une complexité intrinsèque qui varie selon les contextes nationaux. Cette diversité terminologique et conceptuelle ainsi que les différentes méthodes de recensement rendent ardues les comparaisons internationales des études réalisées sur le sujet.

En Europe, l'European Observatory on Homelessness a développé en 2005 une nouvelle typologie, la *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS)* pour faciliter la recherche sur le sujet. Elle distingue le « sans domicile » (homelessness) du « sans-abri » (rooflessness ou unsheltered). Elle définit comme sans domicile une personne présentant une carence dans au moins deux des domaines suivants : physique, juridique et social (9).

Aux États-Unis, le *Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing (HEARTH) Act de 2009* (31) propose une définition exhaustive du sans domicile, englobant :

- Les personnes et les familles qui ne disposent pas d'une résidence de nuit fixe, régulière et adéquate, incluant les personnes vivant dans des refuges d'urgence ou des endroits non destinés à l'habitation humaine,
- Les personnes et familles qui perdront prochainement leur résidence principale de nuit,
- Les jeunes non accompagnés et familles avec enfants et jeunes répondant à d'autres définitions du sans domicile,
- Les personnes et les familles qui fuient ou tentent de fuir des violences domestiques, des agressions sexuelles, du harcèlement ou d'autres conditions de vie dangereuses ou potentiellement mortelles.

La terminologie française apporte également de précieuses nuances :

- Le « sans-abrisme » désigne les personnes dormant dans la rue ou dans des endroits non prévus pour l'habitation (hall d'immeuble, parking, jardin public, gare...). L'INSEE estimait en 2012 que la part des sans-abris dans la population adulte sans domicile en France était de l'ordre de 10%,

- Le « sans domicile » constitue une catégorie plus large recouvrant à la fois les personnes sans-abri mais aussi celles mises à l'abri dans le cadre d'un dispositif d'hébergement (en centre collectif, à l'hôtel ou dans un logement ordinaire). Cette définition ne prend pas en compte les personnes en situation de précarité hébergées chez des tiers.

Les enquêtes de l'INSEE offrent un éclairage statistique rigoureux. En 2012, l'institut dénombrait 141 500 personnes sans domicile dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants de France métropolitaine, soit une augmentation de 44% par rapport à 2001. Un phénomène marquant : le nombre de personnes sans domicile de plus de 60 ans a triplé durant cette période (32). Bien qu'aucun recensement exhaustif n'ait été mené depuis 2012, les données associatives confirment une tendance préoccupante. La fondation Abbé Pierre dans son 28ème rapport sur l'état du mal-logement en France en 2023 (33) estime à 330 000 le nombre de personnes sans domicile, soulignant l'augmentation des populations migrantes, des femmes, des familles et des personnes vieillissantes (34).

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

L'histoire des EMPP

Fondé en 1993 par Xavier Emmanuelli, le Samu social a été le premier dispositif « d'aller vers » pour les personnes en situation de grande exclusion (35). Trois ans plus tard, le rapport *Psychiatrie et Grande exclusion* (36) mettait en lumière les inégalités sociales de santé, notamment dans l'accès à la santé mentale des plus précaires. Ce rapport a conduit à la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des EMPP visant à faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé des populations démunies.

En 1996, à Lyon, la fermeture nocturne de la gare de Perrache a suscité une mobilisation des autorités administratives, politiques et sanitaires, sous la présidence du préfet délégué à la Ville. Ont été réunis les acteurs en charge des Sans Domicile Fixe (SDF) (urgences, police, pompiers, foyers d'hébergement d'urgence, œuvres caritatives et psychiatrie) afin d'imaginer

un dispositif de prise en compte des SDF. Le professeur J.P Vignat, représentant de la psychiatrie, a alors mené une enquête de terrain. Il lui est apparu « *qu'il ne s'agissait pas du tout d'imaginer une structure « resocialisant » les SDF, à la manière d'un lieu éducatif. Il fallait concevoir un dispositif (re)constituant une trajectoire temporelle (et donc spatiale et corporelle) du SDF, une histoire, cette reconstitution se faisant à travers les représentations des divers professionnels, grâce à leurs capacités associatives et leur communication* ». De là est né le concept d'interface « *qui met en communication des appareils et, par extension, des milieux très différents, permettant de mettre en lien le public, très spécifique, les travailleurs sociaux, très variés, les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les services d'urgence, les services d'hospitalisation somatique et psychiatrique* » aboutissant à la création en 1997 d'InterfaceSDF, l'une des trois EMPP historiques, pionnières en France, aux côtés de Diogène (Lille) et du Samu social (Paris) (37).

Ces dispositifs n'ont été officialisés qu'en 2005 par la circulaire « *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion* » (38) visant à renforcer la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, en favorisant la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins. Cette dynamique répond à un besoin crucial dans un contexte où le secteur psychiatrique peine à couvrir les besoins des populations les plus vulnérables.

État des lieux des EMPP

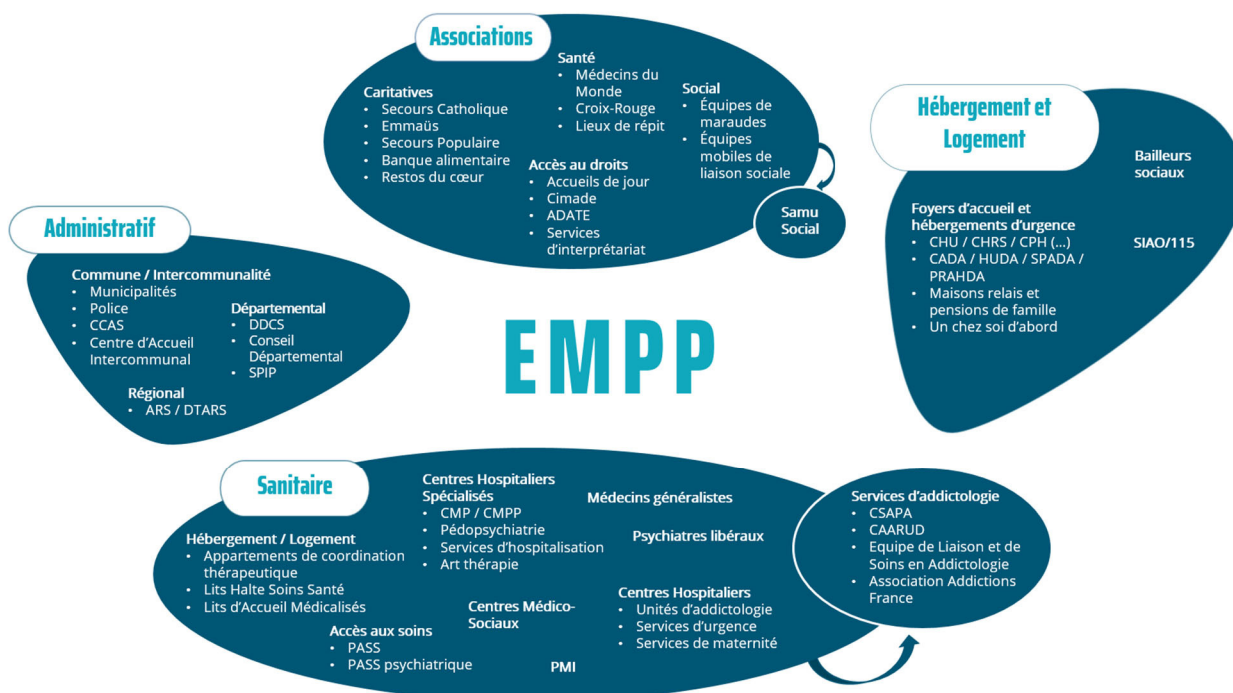
Les EMPP ont pour mission de faciliter l'accès aux soins en santé mentale aux publics les plus démunis et en situation de grande précarité et d'exclusion, en priorisant l'orientation vers le droit commun plutôt que le soin direct. Cependant, face à des situations cumulant vulnérabilités sociales, médicales, administratives et juridiques, cet objectif est parfois difficile à atteindre. Pour y parvenir, les EMPP adoptent une démarche « d'aller vers » sous différentes modalités, en assurant la fonction d'interface entre les équipes sanitaires, sociales et psychiatriques. Elles offrent également un soutien et une formation aux professionnel.les en première ligne confronté.es à des situations difficiles.

Un nouveau cahier des charges a été publié en 2024 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), précisant le public ciblé et les missions des EMPP. La DGOS fixe que les équipes doivent être pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers et infirmières, psychologues et secrétaires) et composées autant que possible de professionnels formés aux questions transculturelles, de médiation en santé, de pair-aidance et d'interprètes (39).

Les EMPP doivent constamment adapter leurs interventions face à l'évolution de leur file active, toujours croissante, incluant désormais des profils variés : jeunes en errance, demandeur.ses d'asile débouté.es, femmes enceintes, personnes vieillissantes, personnes mineures arrivant seules sur le territoire français et femmes victimes de violences. Ces défis nécessitent une réflexion continue sur leurs missions et cadres d'action (40). L'orientation vers les soins psychiatriques dans les dispositifs de droit commun est souvent limitée du fait de nombreuses barrières : public très précaire, à la rue, ne parlant pas français, rarement en demande de soin, chronophage, peu compliant au suivi, nécessitant une adaptation du cadre thérapeutique et non sectorisé.

Comme le souligne Jean Furtos, « *plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide* ». Ce renoncement à l'aide exige des aidant.es de la patience et un savoir-faire spécifique pour répondre à un besoin latent malgré l'absence de demande explicite (41).

La prise en charge de ces publics requiert donc une coordination étroite avec de multiples partenaires des secteurs sanitaire, social et médico-social, afin de répondre efficacement à leurs besoins. Le rapport de l'Ospere-Samdarra propose un schéma récapitulatif non exhaustif des partenaires des EMPP (28) :



InterfaceSDF

InterfaceSDF est une EMPP couvrant l'ensemble de la métropole de Lyon. Intersectorielle, elle entretient un lien structurel avec le centre hospitalier de Saint Jean de Dieu. L'équipe, composée de cinq infirmier.es psychiatriques, trois psychologues, deux psychiatres, un.e interne, un.e cadre et un.e secrétaire, n'a pas de lieu d'accueil ou de consultation car elle favorise l'approche de terrain. Par choix, aucun.e assistant.e social.e n'est intégré.e dans ce dispositif pour préserver le lien direct avec les travailleur.ses des structures sociales.

La mission principale d'InterfaceSDF est « d'aller vers » : intervenir sur les lieux où se trouvent les personnes, que ce soit dans les structures d'accueil (accueil de jour, CAARUD), d'hébergement (CHRS, CHU) ou dans la rue (SAMU social), systématiquement à la demande d'un tiers social ou médical. Les rencontres se font en binôme pluriprofessionnel, y compris lors des maraudes avec le SAMU social. Enfin, des temps plus informels sont prévus avec des passages dans les accueils de jour. Par ailleurs, le dispositif DRAP (Dispositif Ressource d'Accompagnement Psychologique) est en cours de déploiement avec des psychologues permanent.es dans certaines structures afin de faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil (39).

L'équipe ne bénéficie pas d'un mandat spécifique pour intervenir dans les CADA ou dans d'autres lieux spécifiques pour les migrant.es ou réfugié.es. Cependant, du fait d'une évolution des missions, notamment avec l'arrivée du dispositif DRAP, InterfaceSDF développe de nouveaux partenariats avec les équipes sociales s'occupant des personnes migrantes et commence à intervenir dans les squats et les camps de migrant.es. L'équipe prend également en charge beaucoup de personnes déboutées de leur demande d'asile.

Une autre mission clé est le soutien des professionnel.les du social et du médico-social via :

- des échanges informels,
- des réunions de travail partenariales régulières dans les structures où sont discutées des situations identifiées par les travailleur.ses social.es,
- des formations à travers des journées thématiques, visant à déstigmatiser la maladie mentale et déconstruire les préjugés sur la psychiatrie.

InterfaceSDF collabore avec un large réseau de partenaires, notamment la PASS de Saint-Joseph Saint-Luc, le dispositif « Un chez-soi d'abord », les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), la maison de la veille sociale du Rhône et le Réseau social Rue-Hôpital (RSRH). Elle travaille en lien avec l'équipe mobile du CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Elle participe également aux groupes de travail de l'ARS et à l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et du Plan National Pauvreté Précarité, consolidant ainsi son rôle dans la prise en charge des publics en grande précarité (28).

InterfaceSDF intervient dans l'accueil de jour des Petits Frères des Pauvres réservé aux personnes âgées de plus de 50 ans, la quasi-totalité ayant moins de 80 ans. Depuis de nombreuses années, sauf au moment du COVID, cet accueil voit une augmentation des passages et des personnes accompagnées. Elle a pour objectif l'accompagnement vers le logement et l'autonomie des personnes accompagnées. Elle rapporte en premier lieu la rupture du lien comme facteur déclenchant et pérennisant la précarité. Cette association gère également un foyer de vie, « Le Patio », et des logements de transition (42).

Matériel et méthodes

Revue de la littérature

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature visant à explorer les différences socio-démographiques et sanitaires, en particulier sur le plan de la santé mentale, entre les populations sans domicile âgées et plus jeunes. La recherche des articles a été réalisée à l'aide de PubMed et de Google Scholar. Les articles sélectionnés, rédigés en anglais, ont été choisis après une analyse précise des titres, résumés, puis du texte intégral.

La sélection des termes de recherche a fait l'objet d'une réflexion approfondie. Différents termes sont employés pour désigner les personnes âgées, tels que *older adult*, *old age*, *senior*, *elder*, *elderly*, *aging*, *aged*, ou *late life*. Nous avons choisi le terme *older adult* plus couramment utilisé dans la recherche. Concernant les sans domicile, en raison de l'absence d'une définition universelle et d'un usage variable selon les pays, le terme *homeless* a été privilégié, bien que d'autres expressions comme *unhoused* ou *street-involved* aient été identifiées. Par ailleurs, cette revue n'aborde pas les concepts plus larges de précarité, de pauvreté, les inégalités socio-économiques ou l'exclusion sociale. De même, les notions connexes comme la vulnérabilité, la fragilité, l'isolement ou la solitude n'ont pas été directement recherchées. Enfin, nous avons opté pour le terme général de *mental health* (santé mentale) plutôt que pour les expressions plus spécifiques telles que *mental illness* (maladie mentale) ou *mental disorder* (trouble mental).

Les articles publiés entre 1967 et 2023 ont été examinés en utilisant les termes MeSH et l'équation de recherche suivante : **(mental health) AND (homeless) AND (older adult)**. Ces termes ont été combinés à l'aide d'opérateurs booléens (AND, OR, NOT). Une analyse des références bibliographiques des articles inclus dans l'étude a également été effectuée pour identifier d'autres publications pertinentes omises lors de la recherche initiale. Les études en doublon ont été exclues de l'analyse finale.

La recherche sur PubMed a permis d'identifier 146 articles portant sur le sujet. Après un tri rigoureux, 21 articles comparant les populations jeunes et âgées sans domicile ont été retenus. Cependant, six ont été écartés car ne se concentrant pas spécifiquement sur les personnes âgées (43,44), ne comparant pas les personnes âgées et jeunes (45) ou utilisant des seuils d'âge trop bas (46). Un article était relatif à une étude de cas (47) tandis qu'un autre reprenait une étude existante sans apporter de nouvelles données pertinentes (48). Au final, 15 articles ont été inclus dans l'analyse. Leur résumé se trouve en annexe. La majorité de ces études a été réalisée aux États-Unis, mais certaines proviennent également du Royaume-Uni, des Pays-Bas et du Canada. Ces travaux présentent des disparités importantes en termes de population étudiée (grande ou petite ville), d'échantillon de population, de méthode de collecte des données (cohortes, entretiens, questionnaires) et des lieux utilisés pour le recueil des données (hébergement d'urgence, distribution de repas, rue). Le seuil d'âge définissant une personne âgée varie selon les études : douze d'entre elles ont retenu un seuil de 50 ans, deux études ont préféré celui de 55 ans et une dernière celui de 65 ans.

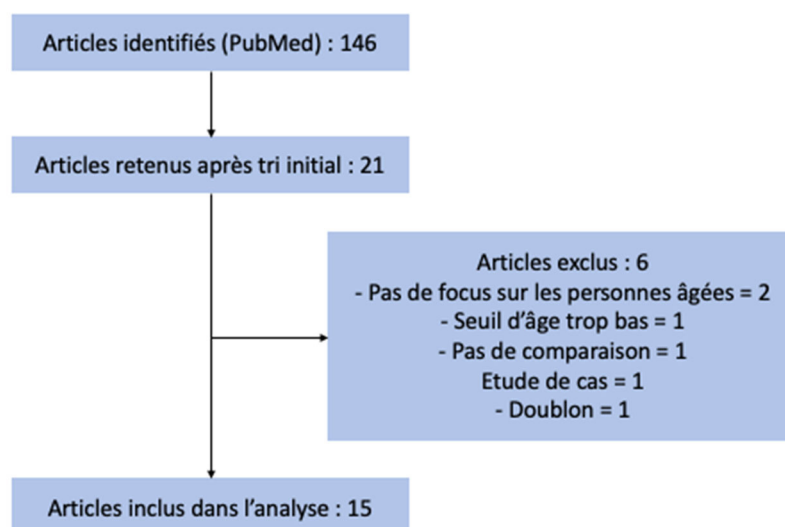


Diagramme de flux

Les études analysées ont exploré divers points de comparaison, notamment les caractéristiques socio-démographiques (âge, genre, ethnie, niveau d'éducation, statut marital, statut de vétéran, statut professionnel, revenus, couverture sociale), la durée de vie sans domicile, l'âge du premier épisode sans domicile, les événements de vie traumatiques,

la santé physique, fonctionnelle et mentale, les troubles addictifs, l'utilisation des services de santé, les besoins de santé et de soutien, ainsi que la présence d'un entourage social.

Analyse descriptive

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive monocentrique des caractéristiques socio-démographiques, des troubles psychiatriques, des comorbidités et de la prise en charge des personnes sans domicile âgées de plus de 50 ans suivies par InterfaceSDF. Elle a pour objectif de définir les spécificités de cette population en France devant l'absence de données et de comparer les données des personnes entre 50 et 64 ans à celles de plus de 65 ans. Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques comparatives (Khi-2).

Compte tenu du vieillissement précoce de la population sans domicile (4,24,25), le seuil pour cette analyse a été fixé à 50 ans, conformément à la majorité des études comparant les personnes sans domicile âgées et jeunes.

La population source est constituée d'un total de 843 patient.es de la file active de l'équipe d'InterfaceSDF, c'est-à-dire vivant dans le secteur de la métropole de Lyon, ayant eu au moins une consultation avec l'équipe d'InterfaceSDF entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 et étant sans domicile au moment de la première consultation selon la définition du HEARTH Act (31). L'étude a ensuite exclu un certain nombre de patient.es selon les critères suivants : les patient.es de moins de 50 ans lors de la première consultation, les patient.es ayant refusé le premier entretien et les personnes dont les données n'ont pas été recueillies. 272 patient.es correspondant aux critères d'inclusion et pour lequel.es il existait des données médicales ont donc finalement été retenu.es dans l'analyse.

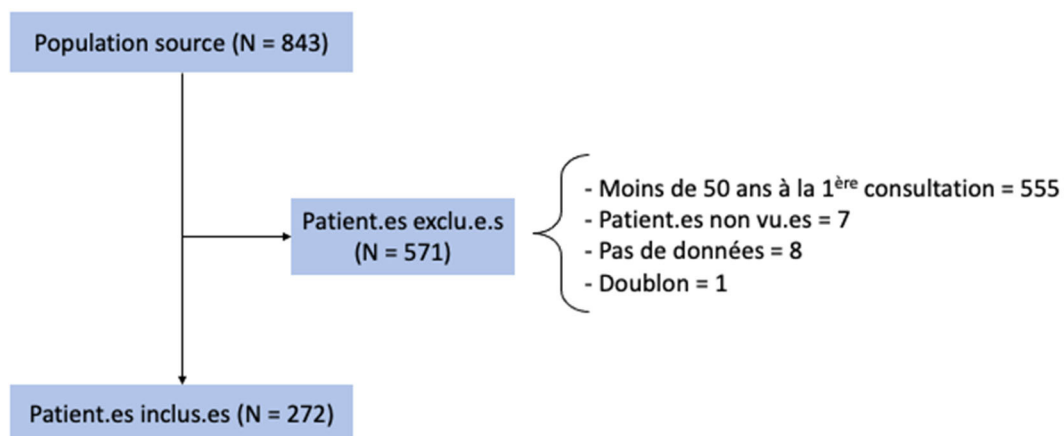


Diagramme de flux

Nous avons récupéré un certain nombre de données, à partir des dossiers médicaux des patient.es, via le logiciel Cariatides et grâce au Département d’Informations Médicales de l’hôpital Saint Jean de Dieu, après déclaration à la CNIL.

- *Caractéristiques socio-démographiques* : âge, genre, statut marital, droits ouverts à l’assurance maladie, statut professionnel, revenus, mode d’hébergement, durée et origine de l’épisode sans domicile.
- *Support social* : présence de membres de la famille et les contacts avec eux (rares, réguliers ou inexistants).
- *Santé mentale* : diagnostics psychiatriques, usage de substances, antécédents de suivi psychiatrique, antécédents d’hospitalisation en psychiatrie, mesures de protection.
- *Santé physique* : comorbidités, troubles cognitifs.
- *Utilisation des services de santé* : nombre de passages aux urgences, utilisation des services de soins.
- *Suivi à InterfaceSDF* : durée du suivi, motif et origine de la demande de suivi, nombre de consultations avec InterfaceSDF, prescription de médicaments, suite de la prise en charge psychiatrique et sociale.

Résultats

Plusieurs études ont regardé les caractéristiques de la population plus âgée. La plus récente, l'étude HOPE HOME (Health Outcomes of People Experiencing Homelessness in Older Middle Age) (49–53), réalisée au États-Unis en 2014, constitue une avancée majeure dans la compréhension de cette population longtemps négligée. Cette étude fait le constat d'une prévalence importante de troubles physiques (les trois quarts souffrent en effet d'une maladie chronique), de santé mentale (la moitié exprime des besoins en santé mentale) et addictologiques (la moitié présente un trouble de l'usage de l'alcool dont la moitié seulement exprime un besoin de soin et 63% présentent un trouble de l'usage de substances illicites). L'accès aux soins reste problématique : 62% présentent des besoins psychiatriques non couverts, un taux encore plus élevé chez les plus de 65 ans. D'autres études ont également comparé les caractéristiques de la population âgée sans domicile à celles de la population avec logement du même âge, mais peu d'études ont comparé les groupes d'âge différents parmi les personnes sans domicile.

Revue de la littérature

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge médian du groupe âgé se situe entre 56 et 63 ans selon les études analysées (54–60). Certaines études révèlent une prédominance d'hommes (55,56,59–61) et de personnes caucasiennes (54,57–62) parmi les personnes âgées sans domicile par rapport aux jeunes. Les personnes âgées sans domicile sont également plus souvent divorcées, séparées ou veuves (54,56,57,60) mais ont plus souvent été mariées dans leur vie (55,60). Cette population englobe davantage de vétérans (54–56) et de retraité.es (54,63), et est plus fréquemment sans emploi (54,64) par rapport aux plus jeunes. Les autres études analysant ces critères ne retrouvent pas de différence significative entre les groupes d'âge différents, en dehors d'une étude retrouvant une prédominance de personnes africaines-américaines chez les plus âgé.es (56).

Sur sept articles comparant le niveau éducatif de la population étudiée, les résultats sont contradictoires : une étude constate un niveau plus faible d'études supérieures chez les personnes âgées (55), quand une autre retrouve une proportion plus élevée de diplômés d'études supérieures chez les plus âgés (57).

Concernant les revenus, les résultats divergent également : certaines études observent des revenus plus faibles chez les personnes plus âgées (59) quand d'autres ne constatent aucune différence (54,60), et d'autres retrouvent des revenus plus élevés (55,57). Les sources de revenus sont cependant différentes avec plus d'aides sociales pour les personnes âgées mais moins de revenus d'un emploi ou d'aide de leur famille (55,64). Les femmes âgées ont plus souvent accès à des revenus que les hommes mais avec un montant moyen identique (55).

Concernant l'assurance maladie, des études font le constat d'un nombre supérieur de personnes assurées chez les âgés par rapport aux jeunes (56,65) et ce jusqu'à 2,8 fois plus (64). Les autres études ne constatent pas de différence significative (54,62), notamment l'étude de Van Dongen (58) réalisée en Europe.

Être âgé et être un homme est associé à une durée plus longue de sans domicile (55,56,60,61). Cependant, d'autres travaux ne révèlent pas de différence significative selon l'âge (54,57,58,64) et certaines études soulignent un âge moyen plus avancé lors du premier épisode de sans domicile chez les personnes âgées (médiane entre 44 et 48 ans) (57,60).

Les situations ayant conduit à un épisode de sans domicile sont identiques chez les personnes âgées et les plus jeunes, à savoir en premier lieu la perte de travail et le manque d'accès à des logements abordables (55). Cependant les causes diffèrent selon le genre : pour les femmes, la perte de travail est deux fois moins rapportée comme une cause de l'épisode de sans domicile, alors que l'expulsion du domicile est trois fois plus importante que pour les hommes (55).

Concernant les conditions de logement actuelles ou précédant l'arrivée dans un hébergement, la plupart des personnes âgées sont dans des logements indépendants, chambres d'hôtel ou dans la rue (54,57,58,61,62). Par rapport aux jeunes, elles sont plus souvent dans un véhicule

(54) ou institutionnalisées (61) mais moins souvent en milieu carcéral ou dans des centres d'addictologie ou hébergées par des proches (62).

Enfin, les personnes de plus de 50 ans sans domicile rapportent moins de traumatismes vécus dans l'enfance que les plus jeunes, bien que la moyenne reste 2,5 fois supérieure à celle de la population générale (66). La population âgée sans domicile rapporte également moins d'agressions physiques et sexuelles (57) et moins d'antécédents carcéraux (55,57) que les plus jeunes.

Support social

Les études montrent que les personnes sans domicile plus âgées sont davantage isolées socialement que leurs homologues logés (67) mais aussi que les personnes sans domicile plus jeunes. Les plus âgé.es ont moins de contacts avec leur famille et leurs ami.es (60), vivent rarement avec des proches et entretiennent des relations sociales plus limitées (54,55). L'étude de Van Dongen et al. (58) indique qu'elles ont deux fois moins de contacts sociaux, tandis que celle de Kimbler et al. (61) souligne un éloignement plus important des personnes proches. Cependant, les personnes âgées n'expriment pas le désir d'être seules et elles sont tout autant en contact avec les services d'aide (54).

Santé mentale

Les études offrent des résultats contrastés concernant la santé mentale des personnes âgées sans domicile. La plupart ne montre pas de différences significatives entre jeunes et âgé.es en termes de santé mentale globale déclarée (54,58,63), de diagnostics psychiatriques (59), d'antécédents psychiatriques (55,61) ou d'antécédents d'hospitalisation psychiatriques (57) tandis que d'autres révèlent moins de troubles psychiatriques chez les personnes âgées (60,65,66) et qu'une étude rapporte une prédominance de troubles psychiatriques chez ces derniers (64) par rapport aux plus jeunes. Cette dernière étude fait le constat d'un taux particulièrement important de troubles psychiatriques (74%) et addictologiques (73%) chez les personnes âgées. Pourtant, les personnes âgées utilisent moins de traitements psychiatriques que les plus jeunes, ce qui pourrait refléter des difficultés plus importantes

d'accès aux soins (61). Dans la population âgée, les femmes rapportent plus de problèmes de santé mentale que les hommes (55).

En regardant plus précisément les diagnostics, on retrouve une proportion moindre de troubles psychotiques (54,60,62,66) chez les personnes âgées. Pour les autres diagnostics, les études sont peu cohérentes entre elles notamment pour la dépression (57,59,60,62,64). Une étude s'étant spécifiquement intéressée aux diagnostics de dépressions chez les personnes sans domicile retrouve une augmentation de la prévalence avec l'âge (45). Les idées suicidaires et tentatives de suicide seraient autant (54) ou moins fréquentes (60) chez les personnes âgées. Deux études retrouvent une fréquence deux fois plus faible de trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les plus âgé.es (57,59). Cependant ce trouble est souvent peu repéré chez les personnes âgées (68), et deux autres études retrouvent des taux identiques entre les plus adultes et les plus âgé.es (64,66).

La plupart de ces études n'est pas focalisée sur les troubles psychiatriques et ne répertorie que des problèmes de santé mentale déclarés, sans diagnostic et sans critère précis. L'étude de De Mallie et al. (59) s'est spécifiquement centrée sur les troubles psychiatriques et indique qu'un tiers des personnes sans domicile âgées souffre de troubles psychiatriques et quatre cinquièmes d'un trouble de l'usage de l'alcool, très souvent associé à un trouble psychiatrique. L'étude trouve peu de différences significatives dans les diagnostics psychiatriques entre les personnes âgées et jeunes. Les diagnostics principaux sont la dépression, les troubles anxieux dont le TSPT et les troubles de la personnalité.

L'étude de Van Dongen et al. (58) rapporte une prévalence de déficience intellectuelle de 34%, identique entre les jeunes et les âgé.es.

Enfin, toutes les études établissent que les jeunes sont plus enclins à consommer des substances illicites (54–60,62). Plusieurs études montrent en revanche une consommation d'alcool plus importante (59,65) ou identique (54,55) chez les personnes âgées, tandis que deux études récentes penchent vers une moindre consommation par rapport aux jeunes (57,58) attestant d'une probable baisse générale de la consommation d'alcool chez les plus âgé.es. Les autres consommations diffèrent également entre les personnes âgées et jeunes :

davantage d'héroïne et moins de cocaïne chez les plus âgées (64) mais pas de différence notable pour le tabac (54,58).

Santé physique

Aux États-Unis, 28% des personnes de plus de 75 ans considèrent leur santé générale comme mauvaise ou médiocre (69), contre 59% des personnes sans domicile de plus de 50 ans (56).

Les études montrent que les personnes âgées souffrent davantage de problèmes de santé physique avec des pathologies spécifiques distinctes de celles des plus jeunes. Elles présentent notamment des taux plus élevés de maladies chroniques, jusqu'à trois à quatre fois plus (64) (hypertension, infarctus, BPCO, cirrhose, cancer, diabète, troubles musculosquelettiques), de syndromes gériatriques, de limitations fonctionnelles (marche, vision, audition), mais moins de problèmes dentaires, d'asthme, de maladies sexuellement transmissibles et de traumatismes crâniens (54,57–59,61,64,66). Deux tiers des personnes déclarent ne pas pouvoir travailler du fait d'une limitation fonctionnelle.

Utilisation des services de soin

Selon Garibaldi B et al. (64), le deuxième besoin le plus souvent exprimé est l'accès à des soins de santé physique (à 60%, mais autant exprimé chez les jeunes), après celui d'un logement, tandis que les moins de 50 ans priorisent davantage les demandes liées à l'emploi. Ces besoins en santé exprimés ne sont pas toujours pourvus (dans 48% des cas) (54) et d'autant plus chez les personnes âgées (66). Les besoins en évaluation psychiatrique restent insatisfaits pour 22 % des personnes de plus de 65 ans (63).

L'étude d'Abdul-Hamid W. (63) échoue à démontrer des différences significatives de besoins chez les plus vieux par rapport aux plus jeunes en dehors d'un plus fort besoin de soins personnels corrélé à une santé physique plus fragile. Cependant, on trouve des besoins non significatifs plus élevés en termes d'activités sociales et de sécurité, orientant vers l'hypothèse d'un plus grand isolement social.

Bien que les personnes âgées déclarent des besoins similaires de santé mentale (64) par rapport aux plus jeunes (environ 40% des personnes), elles rapportent moins souvent des besoins d'aide pour des troubles liés à l'usage de substances (58,63,64). Aux urgences, les diagnostics addictologiques sont bien supérieurs aux motifs de consultation (35% contre 8%) et seuls 4% des personnes âgées expriment le souhait d'un sevrage contre 40 % chez les plus jeunes (65).

Les personnes sans domicile âgées semblent bénéficier d'un meilleur accès aux soins ambulatoires (56–58). Toutefois, après ajustement, seule l'assurance de santé apparaît comme déterminante pour l'accès aux soins indépendamment de l'âge (56). Les études indiquent également une utilisation accrue des soins de proximité (dans les refuges, à la rue) par les personnes âgées sans domicile par rapport aux jeunes et peu d'utilisation des soins hospitaliers malgré plus de couverture d'assurance santé (64), avec notamment moins d'utilisation des services de soins en santé mentale et de soins dentaires (58). Un décalage persiste entre les besoins de santé déclarés par les plus âgées et l'utilisation effective des services de soin (58).

Concernant l'utilisation des urgences, les personnes sans domicile de plus de 50 ans utilisent les urgences trois à quatre fois plus que la population générale (51), à un rythme plus élevé que la tranche d'âge des plus de 75 ans (65). Cependant, les personnes âgées sans domicile utilisent autant les services d'urgence (56,57,64) que les plus jeunes et retournent moins fréquemment aux urgences après une première visite (70). Les personnes sans domicile âgées arrivent plus fréquemment en ambulance (48% contre 26%), souvent en raison de barrières physiques, du manque de transport ou d'un nombre plus important d'affections aiguës. Elles sont par ailleurs deux fois plus souvent hospitalisées. Les diagnostics principaux (64%) incluent des troubles psychiatriques, addictologiques et des blessures. Les motifs de consultation et diagnostics de sortie des personnes âgées comprennent moins de pathologies psychiatriques, autant de pathologies addictologiques (plus de troubles de l'usage de l'alcool et moins de troubles de l'usage de substances illicites) et plus de blessures que pour les plus jeunes.

Une étude longitudinale (60) révèle que les personnes plus âgées présentent initialement moins de troubles psychiatriques et addictologiques, mais l'amélioration des symptômes suite

à une prise en charge intensive est plus lente et légèrement plus faible concernant les symptômes psychiatriques et les consommations de drogues que celles des jeunes. On retrouve peu d'amélioration concernant les consommations d'alcool. A contrario, l'étude de Chung et al. (57), plus récente et avec une meilleure méthodologie, constate une amélioration plus importante des symptômes psychiatriques, de leur sévérité et de la qualité de vie après deux ans de prise en charge par le dispositif « Housing First ».

Accès au logement

Les personnes âgées séjournent souvent plus longtemps que les plus jeunes dans les hébergements d'urgence (61,63). Le fait de connaître une durée de vie sans domicile plus longue est également corrélé à une durée de séjour en hébergement plus importante (61). À l'inverse, les individus ayant dormi dans des lieux inappropriés auparavant (rue, voiture) présentent une durée de séjour plus courte en hébergement d'urgence, laissant supposer une difficulté à s'adapter à des espaces communs ou fermés.

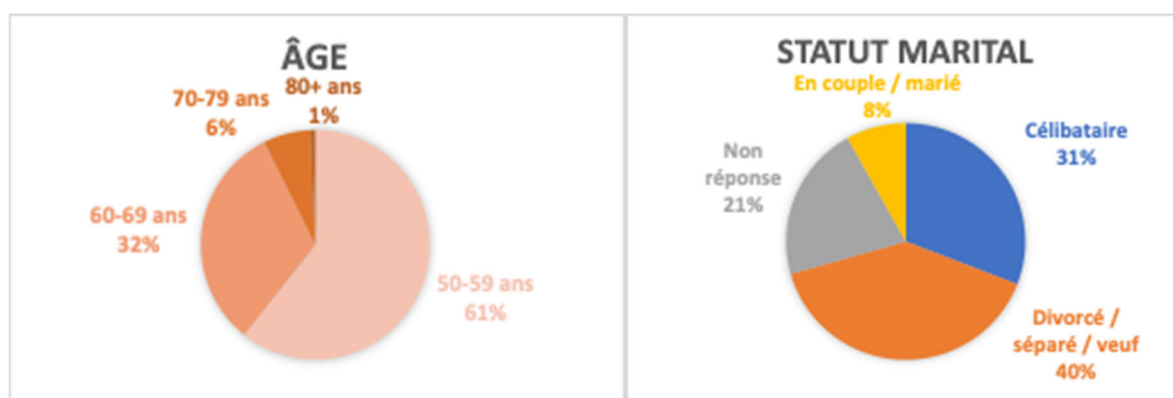
Les études de Henwood et al. (62) et Chung et al (57) comparent les bénéfices du programme PSH (Permanent Supportive Housing) ou « Housing First » entre personnes âgées et jeunes. Ce programme est destiné aux personnes sans domicile avec un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression sévère) donnant accès à un logement sans conditions et avec un accompagnement intensif. Il est rapporté une hausse de 44 % des jours en logement stable pour les sans domicile mais sans différence significative entre jeunes et âgé.es (57). On retrouve également une diminution des jours sans logement, en milieu carcéral ou hébergé.es par des proches, bien que cette baisse soit moins marquée que chez les jeunes (62), peut-être en lien avec une plus grande difficulté d'intégration sociale si la période de sans domicile est plus chronique. Les professionnel.les du programme sont souvent mieux formé.es aux limitations dues aux maladies mentales qu'aux limitations physiques et relatives à l'âge, soulignant un besoin d'adaptation pour répondre à la vulnérabilité des plus âgé.es et aux questions de fin de vie. Bien que le personnel perçoive une préférence des ancien.nes pour des logements collectifs (moins de mobilité physique, plus de besoin de soins), les données montrent une augmentation du temps passé en logement indépendant. Les personnes âgées sont plus affectées par les effets de l'institutionnalisation

(dépendance aux soins, difficultés d'autonomie, habitude de vie communautaire) et l'étude pointe une histoire plus importante d'institutionnalisation chez les personnes âgées suivies dans le programme, ce qui pourrait engendrer une plus grande dépendance aux soignant.es et expliquer un besoin de communauté plus important (62). Fournir un suivi intensif psychiatrique permet également une plus grande stabilité du logement (60).

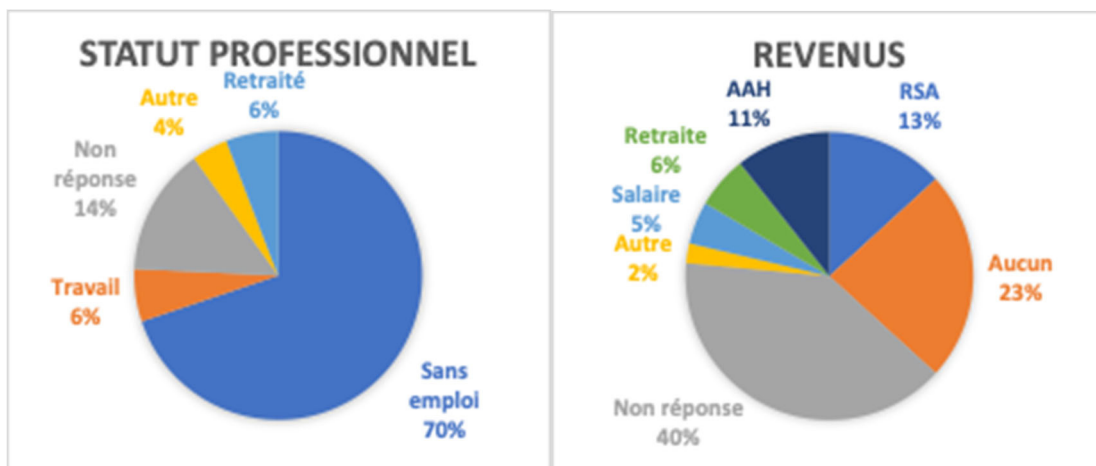
Analyse descriptive

Caractéristiques socio-démographiques

Les personnes âgées de plus de 50 ans représentent 34% de l'ensemble des personnes suivies par InterfaceSDF, dont nous avons les données. Les dossiers de 272 personnes ont été analysés, parmi lesquels 69,5% sont des hommes et 30,5% des femmes. La médiane d'âge est de 57 ans [50-85]. 39,4% ont plus de 60 ans et seulement 0,7% ont plus de 80 ans. 8,1% des personnes de l'échantillon sont en couple ou mariées.



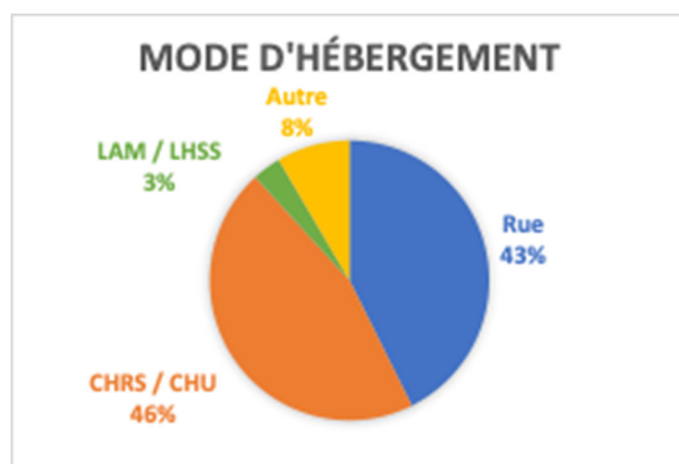
Malgré un suivi psychiatrique et social, 12,5% des personnes de l'échantillon n'ont pas d'assurance maladie, sachant que les données sont manquantes pour 25,4% d'entre elles. Seuls 5,9% des personnes disposent d'un travail et 5,9% ont un statut de retraité, alors que 22% ont plus de 65 ans. 23,5% n'ont aucun revenu et seulement 10,7% touchent l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), malgré une forte prévalence de pathologies psychiatriques sévères chroniques. Nous n'avons cependant récupéré que peu de données sur les revenus des personnes suivies par InterfaceSDF.



Autre : invalidité, formation, accident du travail

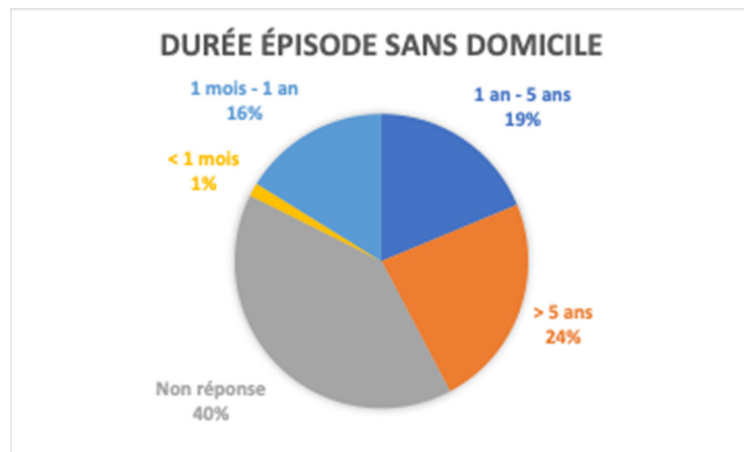
Autre : pension d'invalidité, pension époux, ASS, chômage

Les personnes suivies par InterfaceSDF sont principalement réparties entre les CHRS/CHU (45,6%) et la rue (42,6%). Certaines personnes sont suivies par InterfaceSDF malgré un logement fixe à disposition. Dans ces cas, le logement est peu ou pas utilisé, les personnes suivies fréquentant plutôt la rue et les accueils de jour.

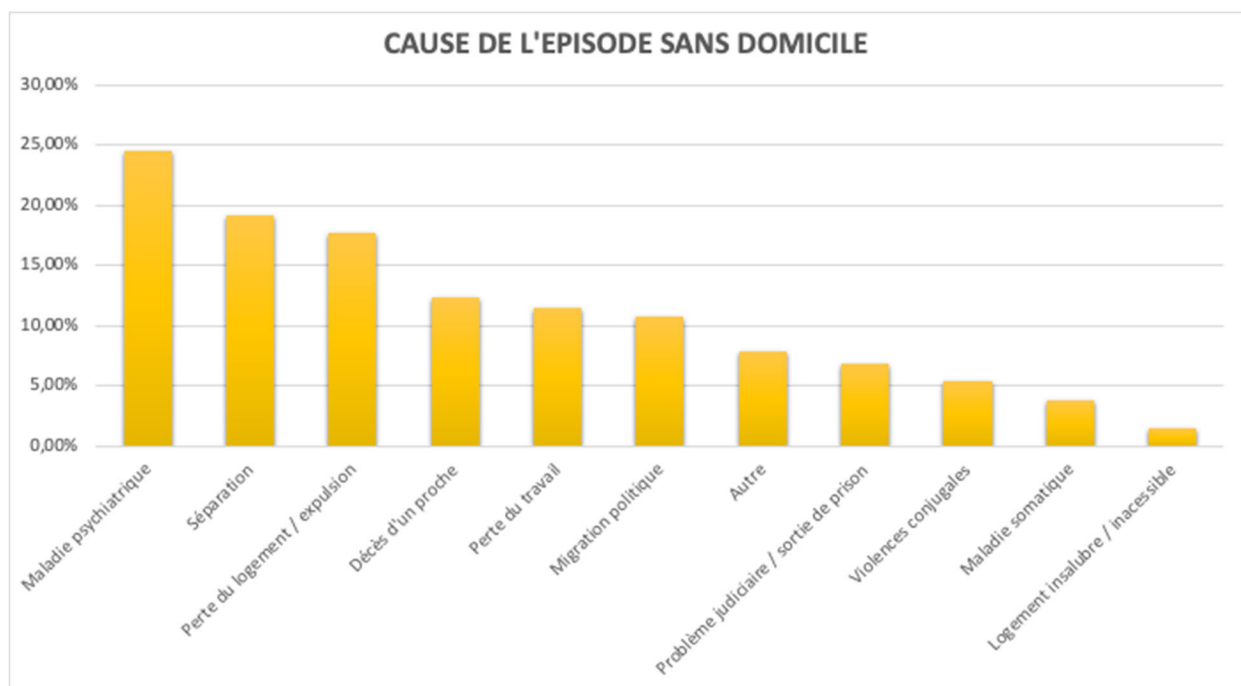


Autre : hôtel, voiture, logement social désinvesti, famille, squat, garage, grenier...

La durée de l'épisode sans domicile est variable : 16,2% entre un mois et un an, 18,8% entre un an et cinq ans et 23,5% depuis plus de cinq ans, sachant qu'il y a 40% de non réponse. Lors du début de la prise en charge, seule une minorité de personnes (1,5%) est sans domicile depuis moins d'un mois.



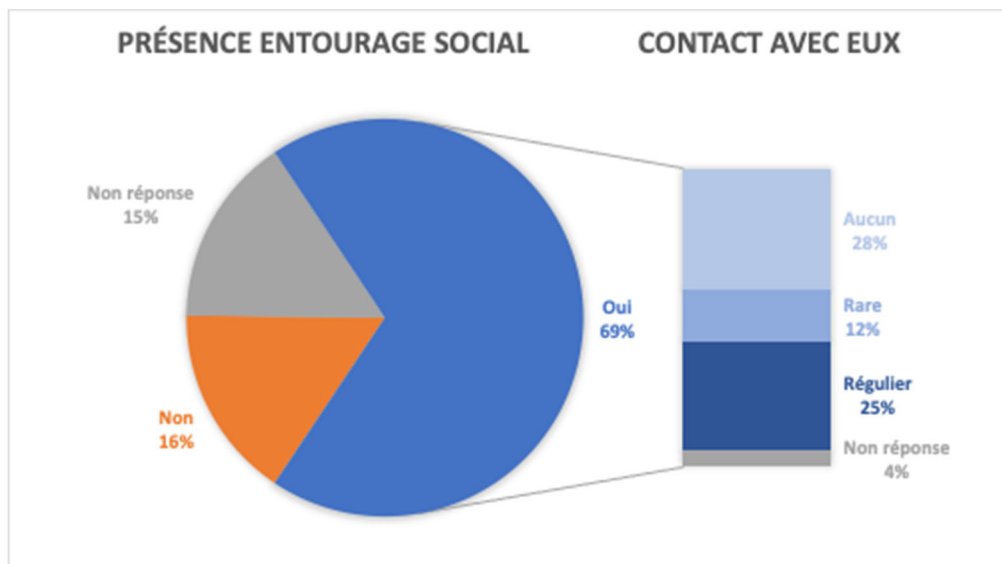
Les causes principales de l'épisode sans domicile rapportées (sur la base de 130 personnes ayant répondu), sont : la maladie psychiatrique (24,6%), une séparation (19,2%), la perte d'un logement (17,7%), le décès d'un proche (12,3%) ou la perte d'un travail (11,5%).



Autre : changement de ville, covid, marginalité, désinstitutionalisation, difficultés avec le propriétaire du logement

Support social

La plupart des personnes ont une famille ou des enfants (68,8%). Parmi ceux ayant un entourage social, 25% ont un contact régulier avec eux, 12% un contact rare et 27,9% n'ont aucun contact.



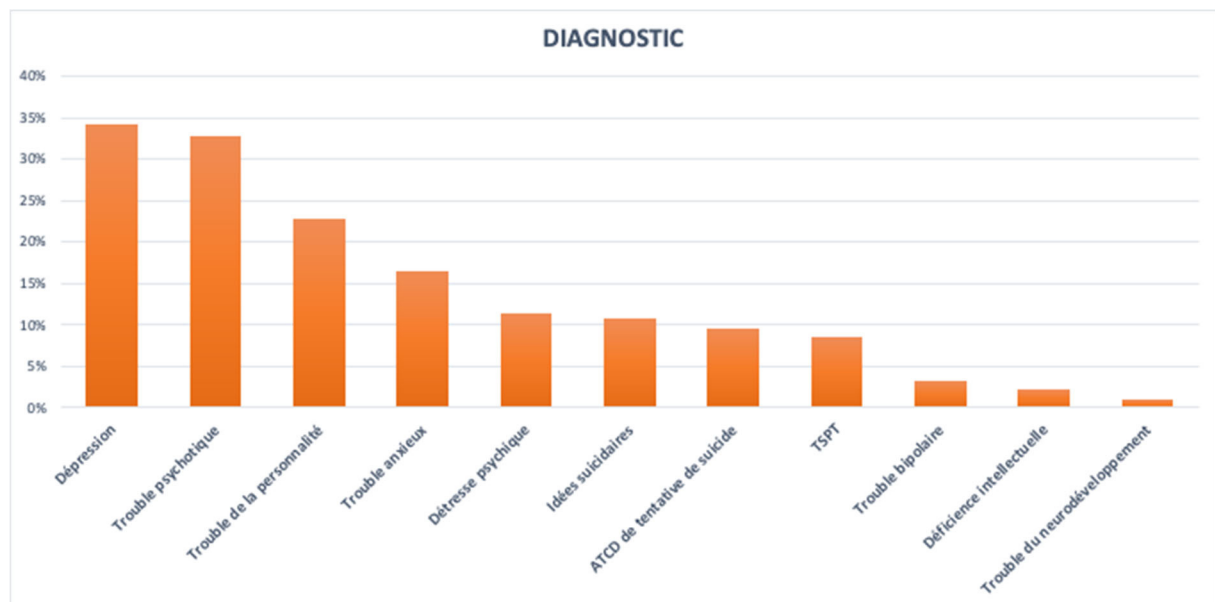
Santé mentale

Dans la population, 32,7% ont un diagnostic de trouble psychotique, 34,2% de trouble dépressif, 22,8% de trouble de la personnalité, 16,5% de trouble anxieux, 8,5% de TSPT et 3,3% de trouble bipolaire. Dans les troubles de la personnalité, on retrouve principalement des troubles de la personnalité antisociale et état-limite. La moitié des personnes a eu un diagnostic unique posé (55,5%). 9,2% des patient.es n'ont pas de diagnostic posé.

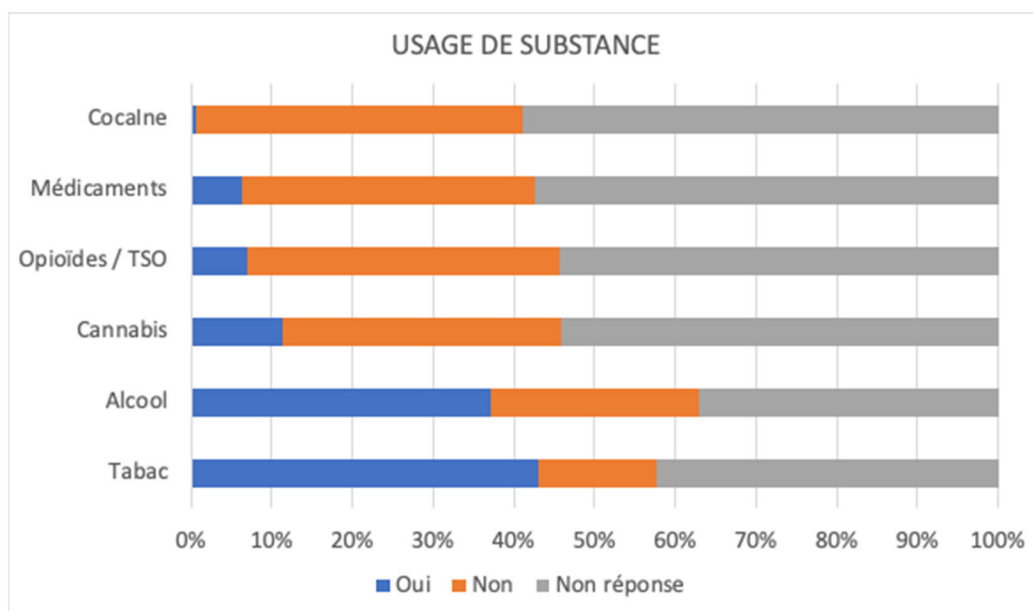
De plus, 11,4% des personnes bénéficient d'un suivi pour détresse psychique liée à leur situation sociale, sans diagnostic psychiatrique posé ; à noter que cette proportion reste bien inférieure au taux de détresse psychique observé dans cette population précaire. Toutefois, les orientations vers InterfaceSDF se limitent souvent aux cas de pathologies psychiatriques sévères. Avec le développement du dispositif DRAP et l'installation de psychologues fixes dans certains hébergements, une part importante de suivis liés à une détresse psychosociale est attendue.

Également, 10,7% ont présenté des idées suicidaires au cours du suivi par InterfaceSDF et 9,6% un antécédent de tentative de suicide. Des études précédentes rapportent des taux d'idées suicidaires au cours de la vie entre 12 et 66% chez les personnes sans-abri, contre 15% dans la population générale, et entre 18 et 51% d'antécédents de tentatives de suicide, contre 5,5% dans la population générale. Les causes retrouvées sont l'adversité psychosociale, notamment l'isolement social, l'exclusion, les difficultés économiques, la précarité sociale et affective, ainsi qu'une forte prévalence des troubles mentaux dans cette population. (71).

Enfin, 2,2% ont une déficience intellectuelle mais ce diagnostic n'a pas été systématiquement recherché et on retrouve un taux bien supérieur (34%) dans l'étude de Van Dongen et al. (58).



Concernant l'usage de substance, on retrouve une consommation de tabac chez 43%, d'alcool chez 37% des personnes, de cannabis chez 11%, d'opioïdes et traitement de substitution chez 7%, de médicaments chez 6% et de cocaïne chez moins d'1% des personnes. Les données sont manquantes pour 35 à 60 % des personnes suivies.



44,5% des personnes ont un antécédent de suivi psychiatrique (sachant que 36,4% des données sont manquantes) et 34,2% ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (41,2% de données manquantes). 9,6% disposent d'une mesure de protection (16,9% de données manquantes), sachant que 1% de la population générale en France est placée sous une mesure de protection et cette prévalence atteint 10% chez les plus de 90 ans (72).

Santé physique

160 patient.es sur 175, pour lequel.les nous disposons de données de santé physique, rapportent une comorbidité. Les principales comorbidités touchent le système digestif, rhumatologique, neurologique, cardiologique et pneumologique.

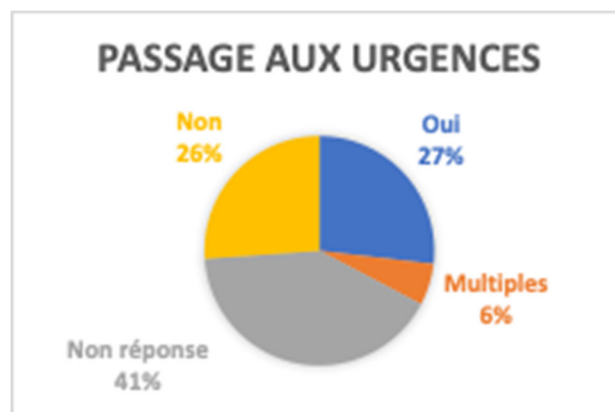
Ces données sont cohérentes avec celles de l'étude HOPE HOME, dans laquelle la moitié des personnes âgées sans domicile juge leur santé mauvaise ou moyenne, et les trois-quarts souffrent de plus d'une maladie chronique. Environ 40% présentent une dépendance dans au moins une activité de la vie quotidienne de base (49).

On retrouve la notion de trouble cognitif chez 21% des personnes suivies. Cette prévalence est probablement sous-estimée du fait d'une recherche non systématique. Plusieurs études ont en effet montré une prévalence importante de troubles cognitifs (entre 4 et 40%) chez les

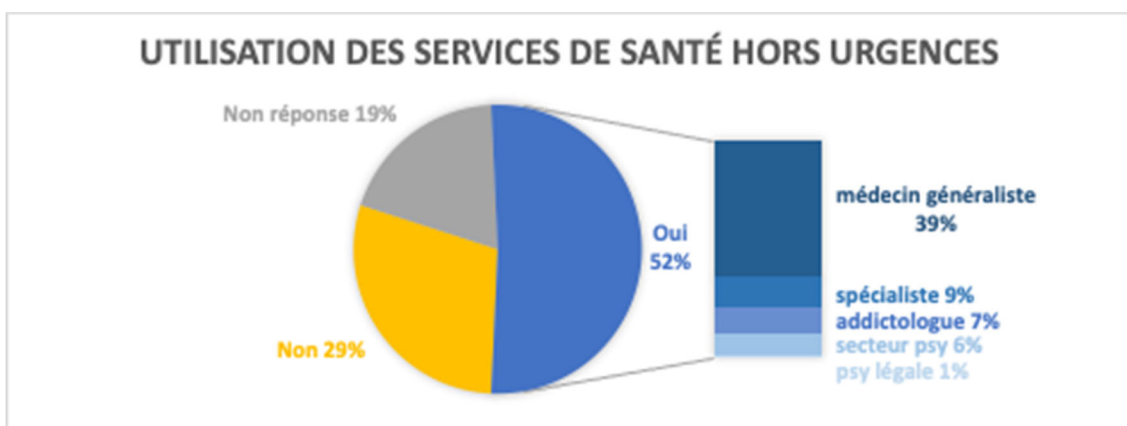
adultes sans domicile (73–77). Chez les personnes sans domicile avec des troubles psychiatriques sévères, cette prévalence augmente jusqu'à 72% (78). En France, la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs après 60 ans est d'environ 4% (79). L'usage sévère d'alcool et les troubles mentaux apparaissent comme des facteurs aggravants de ce déclin cognitif (80).

Utilisation des services de soin

Au moins 33% des personnes suivies sont passées aux urgences au cours du suivi et 6% avec des passages multiples. Ces chiffres sont également retrouvés dans l'étude HOPE HOME, dans laquelle 7% des personnes concentrent la moitié des visites (51).

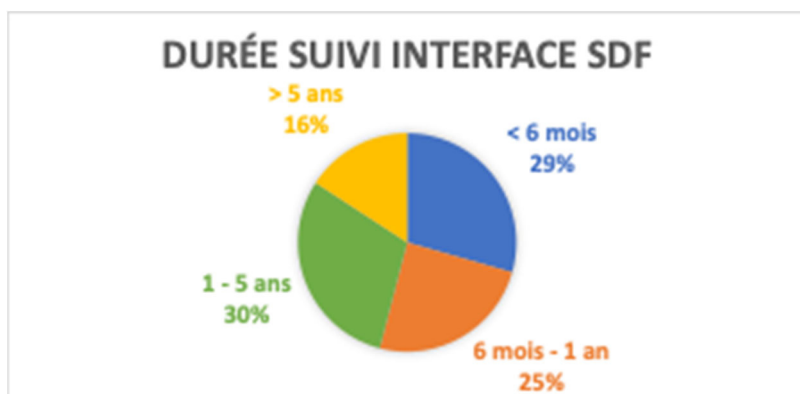


Seulement la moitié des personnes suivies (51,8%) utilisent les services de santé en dehors des urgences. Parmi eux, 39% consultent un médecin généraliste.

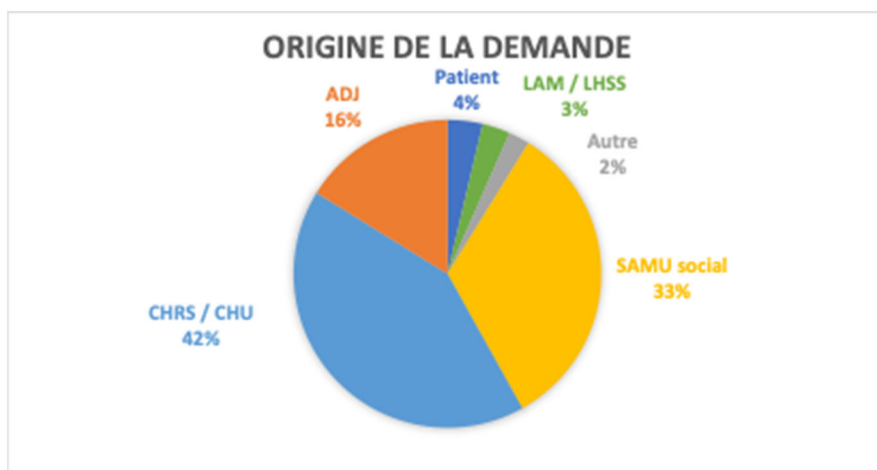


Suivi InterfaceSDF

Environ un quart (29,4%) de la population étudiée a eu un suivi court de moins de six mois, un quart (24,6%) un suivi entre six mois et un an, 30,1% entre un et cinq ans et 15,8% de plus de cinq ans.

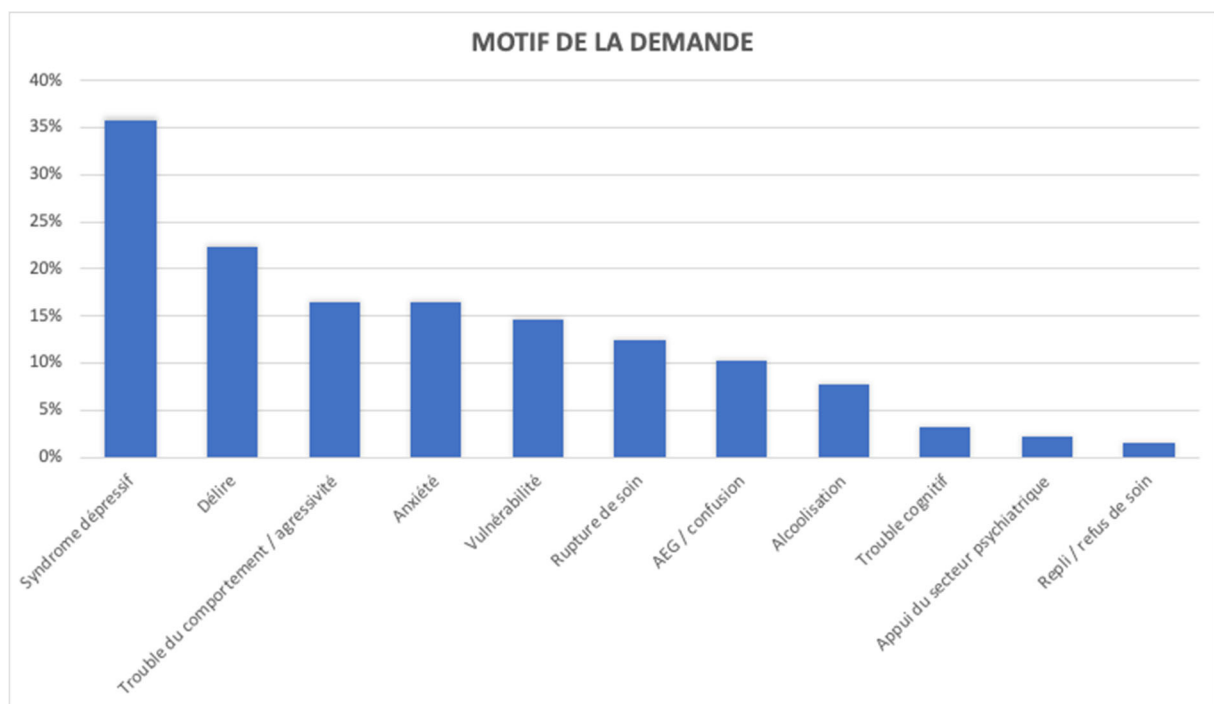


Les demandes de suivi sont principalement faites par les CHRS/CHU (41,9%), le SAMU social (33,1%) et les accueils de jour (16,2%). Seules 3,7% des demandes sont à l'initiative de la personne concernée.



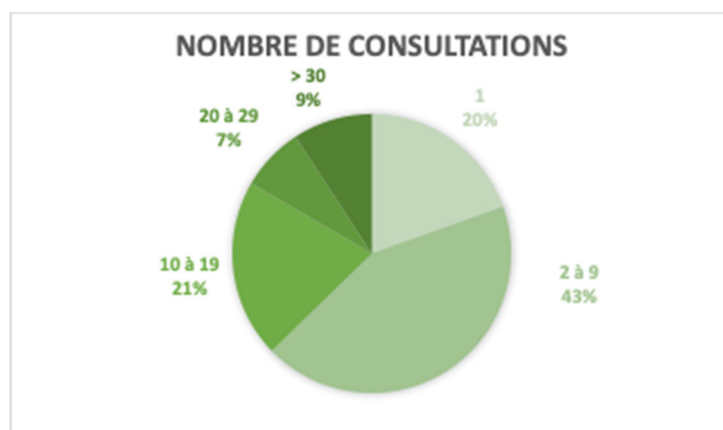
Autre : cellule hôtel, hébergement à la nuitée, assistant.e social.e métropole, PASS somatique, secteur psychiatrique

Les principaux motifs de demande sont un « syndrome dépressif » pour 35,7%, un « délire » pour 22,4%, un « trouble du comportement ou agressivité » pour 16,5%, une « anxiété » pour 16,5%, une « vulnérabilité » pour 14,7% ou une « rupture de soin » pour 12,5% d'entre eux.



AEG : altération de l'état général

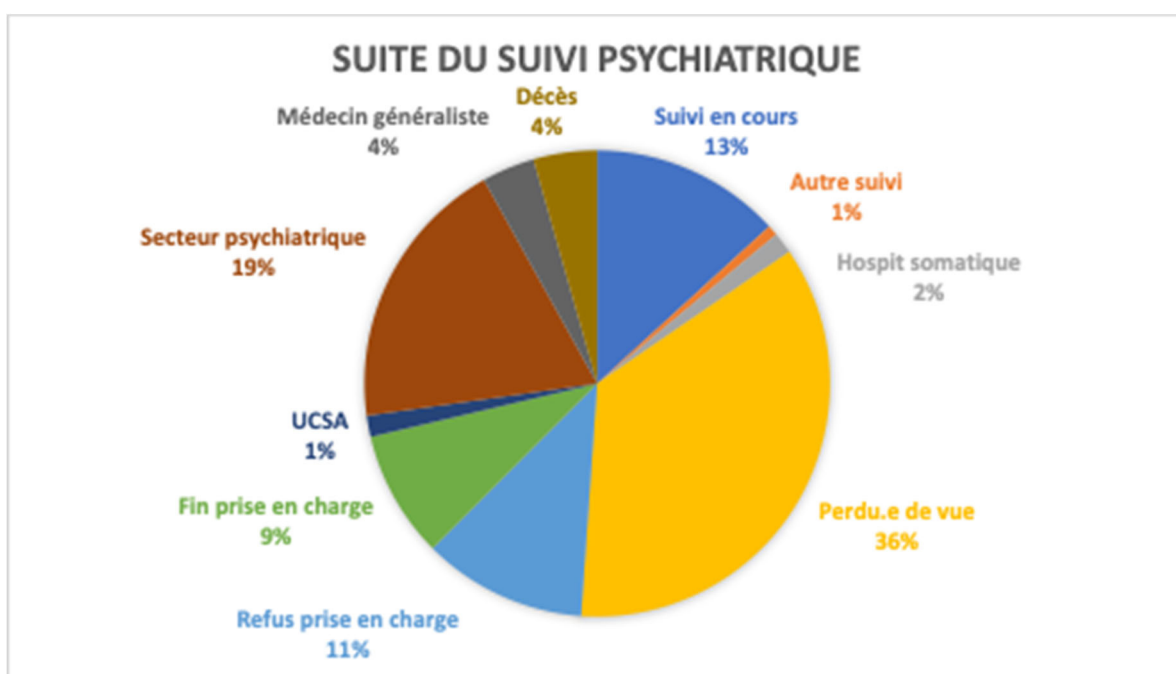
Dans 19,5% des cas, les personnes n'ont bénéficié que d'une seule consultation et 43% ont bénéficié de deux à neuf consultations, tandis que 9% des personnes ont eu plus de 30 consultations avec InterfaceSDF.



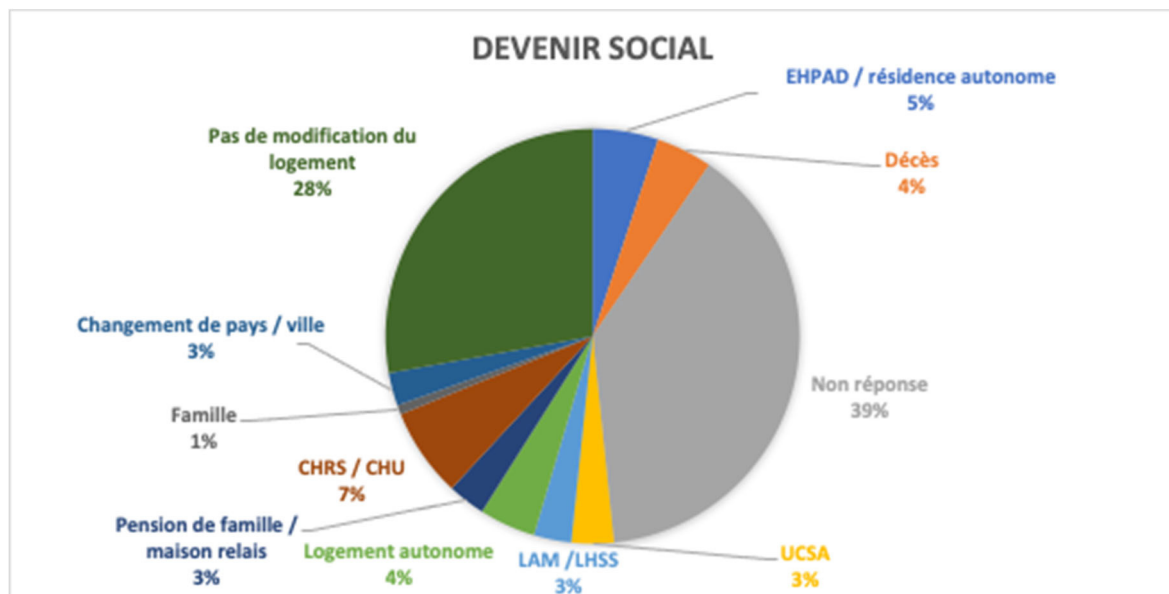
La moitié des personnes suivies n'a eu aucune prescription de traitement psychiatrique tandis que 37,5% des patient.es ont eu une prescription de traitement et 2,2% un traitement par neuroleptique retard. Les données sont manquantes pour 12,5% des personnes de l'échantillon.

19,1% des personnes ont été hospitalisées en psychiatrie au cours de leur suivi (12,1% sous contrainte). 17,3% des personnes ont été hospitalisées pour des soins somatiques. Aucune hospitalisation n'a été faite en addictologie. Nous n'avons pas de données pour environ 15% des personnes suivies.

À la suite de la prise en charge psychiatrique proposée par InterfaceSDF, la majorité des personnes suivies a été perdue de vue ou a refusé un suivi (47,1%) tandis que 19,1% d'entre elles ont été orientées vers le secteur psychiatrique (en ambulatoire ou en hospitalisation) et 13,2% ont toujours un suivi en cours. 8,8% des suivis se sont terminés sans relais. Seulement 3,7% des personnes ont été relayées vers un médecin généraliste.



Concernant leur devenir social, 28% des patient.es vivaient au même endroit à la fin du suivi ou de la fin de l'étude. 5,1% des personnes ont accédé à une résidence senior (une personne) ou un EHPAD (treize personnes), 3,3% à « Un Chez Soi d'Abord », 4,4% à un logement autonome et 7% ont eu accès à un CHRS/CHU depuis la rue.



Comparaison des données des moins et plus de 65 ans

En comparant les données des personnes de plus de 65 ans à celles des personnes de moins de 65 ans, on retrouve une différence significative pour le statut professionnel et les revenus avec une proportion plus importante de retraité.es chez les plus de 65 ans (21,7% contre 1,4%) et moins de personnes touchant l'AAH, le RSA ou un salaire (8,8% contre 34,4%). Ces dernières bénéficient moins souvent d'un entourage social ($p = 0.009$), cependant on ne retrouve pas de différence significative en termes de statut marital ou de contact avec l'entourage entre les deux groupes, probablement du fait d'un manque de puissance (tendance vers un moindre contact chez les plus âgé.es). La durée de l'épisode de sans domicile et le mode d'hébergement sont globalement similaires entre les deux tranches d'âge.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques

	50-64 ans (N=212) Fréquence (%)	≥ 65 ans (N=60) Fréquence (%)	Overall (N=272) Fréquence (%)	p-value
Âge				
Mean (SD)	55.8 (4.17)	69 (4.17)	58.7 (6.91)	
Median [Min, Max]	55.0 [50.0, 64.0]	68.0 [65.0, 85.0]	57.0 [50.0, 85.0]	
Genre				0.393
Femme	62 (29.2%)	21 (35.0%)	83 (30.5%)	
Homme	150 (70.8%)	39 (65.0%)	189 (69.5%)	
Statut marital				0.265
Célibataire	63 (29.7%)	21 (35.0%)	84 (30.9%)	
Divorcé / séparé / veuf	86 (40.6%)	22 (36.7%)	108 (39.7%)	
En couple / marié	20 (9.4%)	2 (3.3%)	22 (8.1%)	
Non réponse	43 (20.3%)	15 (25.0%)	58 (21.3%)	
Assurance maladie				0.600
Oui	135 (63.7%)	34 (56.7%)	169 (62.1%)	
Non	25 (11.8%)	9 (15.0%)	34 (12.5%)	
Non réponse	52 (24.5%)	17 (28.3%)	69 (25.4%)	
Statut professionnel				<.001
Sans emploi	153 (72.2%)	37 (61.7%)	190 (69.9%)	
Travail	15 (7.1%)	1 (1.7%)	16 (5.9%)	
Retraité	3 (1.4%)	13 (21.7%)	16 (5.9%)	
Autre	10 (4.7%)	1 (1.7%)	11 (4.0%)	
Non réponse	31 (14.6%)	8 (13.3%)	39 (14.3%)	
Revenu				<0.01
Aucun	51 (24.1%)	13 (21.7%)	64 (23.5%)	
Salaire	13 (6.1%)	0 (0%)	13 (4.8%)	
RSA	34 (16.0%)	2 (3.3%)	36 (13.2%)	

AAH	26 (12.3%)	3 (5.0%)	29 (10.7%)	
Retraite	3 (1.4%)	13 (21.7%)	16 (5.9%)	
Autre	4 (1.9%)	2 (3.3%)	6 (2.2%)	
Non réponse	81 (38.2%)	27 (45.0%)	108 (39.7%)	
Mode d'hébergement				0.052
CHRS / CHU	99 (46.7%)	25 (41.7%)	124 (45.6%)	
Rue	94 (44.3%)	22 (36.7%)	116 (42.6%)	
LAM / LHSS	6 (2.8%)	3 (5.0%)	9 (3.3%)	
Autre	13 (6.1%)	10 (16.7%)	23 (8.5%)	
Durée épisode sans domicile				0.575
< 1 mois	3 (1.4%)	1 (1.7%)	4 (1.5%)	
1 mois - 1 an	32 (15.1%)	12 (20.0%)	44 (16.2%)	
1 an - 5 ans	43 (20.3%)	8 (13.3%)	51 (18.8%)	
> 5 ans	47 (22.2%)	17 (28.3%)	64 (23.5%)	
Non réponse	87 (41.0%)	22 (36.7%)	109 (40.1%)	
Entourage social				0.009
Oui	155 (73.1%)	32 (53.3%)	187 (68.8%)	
Non	27 (12.7%)	16 (26.7%)	43 (15.8%)	
Non réponse	30 (14.2%)	12 (20.0%)	42 (15.4%)	
Contact avec l'entourage social				0.171
Régulier	57 (26.9%)	11 (18.3%)	68 (25.0%)	
Rare	27 (12.7%)	5 (8.3%)	32 (11.8%)	
Aucun	60 (28.3%)	16 (26.7%)	76 (27.9%)	
Non réponse	68 (32.1%)	28 (46.7%)	96 (35.3%)	

Parmi les causes ayant conduit à l'épisode sans domicile, les patient.es de moins de 65 ans et de plus de 65 ans rapportent la maladie psychiatrique comme cause principale. On ne retrouve pas de différences significatives entre les deux groupes.

Tableau 2 : cause de l'épisode sans domicile

	50-64 ans (N=101)	≥ 65 ans (N=29)	Overall (N=130)	p-value
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Cause de l'épisode sans domicile				
Maladie psychiatrique	25 (24.8%)	7 (24.1%)	32 (24.6%)	0.993
Séparation	19 (18.8%)	6 (20.7%)	25 (19.2%)	0.970
Pert de logement / expulsion	21 (20.8%)	2 (6.9%)	23 (17.7%)	0.221
Décès d'un proche	15 (14.9%)	1 (3.4%)	16 (12.3%)	0.253
Perte du travail	11 (10.9%)	4 (13.8%)	15 (11.5%)	0.906
Migration politique	10 (9.9%)	4 (13.8%)	14 (10.8%)	0.832
Problème judiciaire / sortie de prison	8 (7.9%)	1 (3.4%)	9 (6.9%)	0.700
Violence conjugale	6 (5.9%)	1 (3.4%)	7 (5.4%)	0.889
Maladie somatique	4 (4.0%)	1 (3.4%)	5 (3.8%)	0.988
Logement insalubre / inaccessible	2 (2.0%)	0 (0%)	2 (1.5%)	0.742
Autre	4 (4.0%)	6 (21.5%)	10 (7.9%)	

Dans les diagnostics psychiatriques posés sont constatés plus de troubles psychotiques ($p = 0.022$) notamment plus de troubles délirants persistants ($p < 0.001$) et moins de troubles anxieux ($p = 0.049$) et dépressifs ($p = 0.031$). En revanche, on retrouve autant de troubles bipolaires, de TSPT et de troubles de la personnalité. Deux fois plus de troubles cognitifs sont constatés chez les plus de 65 ans par rapport aux moins de 65 ans ($p = 0.055$). On ne retrouve pas de différence significative concernant les idées suicidaires et les antécédents de tentative de suicide entre les deux groupes, probablement du fait d'un manque de puissance, mais les résultats tendent vers une moindre présence d'idées suicidaires et d'antécédents de tentative de suicide chez les plus de 65 ans par rapport aux moins de 65 ans (respectivement 5% contre 12,3% et 10,8%) A noter également, moins d'addictions avec moins de consommation de tabac, d'alcool et quasiment aucune consommation de drogues illicites ou médicaments chez les plus de 65 ans ($p < 0.05$).

Tableau 3 : diagnostics psychiatriques et troubles cognitifs

	50-64 ans (N=212)	≥ 65 ans (N=60)	Overall (N=272)	p-value
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Diagnostics psychiatriques				
Trouble psychotique	64 (30.2%)	25 (41.7%)	89 (32.7%)	0.022
Trouble schizophrénique	53 (25%)	10 (16.7%)	63 (23.2%)	0.120
Trouble schizo-affectif	3 (1.4%)	2 (3.3%)	5 (1.8%)	0.121
Trouble délirant persistant	8 (3.8%)	13 (21.7%)	21 (7.7%)	<.001
Trouble bipolaire	7 (3.3%)	2 (3.3%)	9 (3.3%)	0.210
Dépression	80 (37.7%)	13 (21.7%)	93 (34.2%)	0.031
Trouble anxieux	40 (18.9%)	5 (8.3%)	45 (16.5%)	0.049
TSPT	18 (8.5%)	5 (8.3%)	23 (8.5%)	0.209
Trouble de la personnalité	50 (23.6%)	12 (20.0%)	62 (22.8%)	0.203
Détresse psychique	24 (11.3%)	7 (11.7%)	31 (11.4%)	0.203
Trouble du neurodéveloppement	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (0.4%)	
Déficiência intellectuelle	4 (1.9%)	2 (3.3%)	6 (2.2%)	
Idées suicidaires	26 (12.3%)	3 (5.0%)	29 (10.7%)	0.077
Antécédent de tentative de suicide	23 (10.8%)	3 (5.0%)	26 (9.6%)	0.108
Absence de diagnostic	16 (7.5%)	9 (15.0%)	25 (9.2%)	
Troubles cognitifs				0.005
Présence	36 (17.0%)	21 (35.0%)	57 (21.0%)	

Tableau 4 : troubles addictologiques

	50-64 ans (N=212)	≥ 65 ans (N=60)	Overall (N=272)	p-value*
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Tabac				0.019
Oui	99 (46.7%)	18 (30.0%)	117 (43.0%)	

Non	27 (12.7%)	13 (21.7%)	40 (14.7%)	
Non réponse	86 (40.6%)	29 (48.3%)	115 (42.3%)	
Alcool				0.042
Oui	84 (39.6%)	17 (28.3%)	101 (37.1%)	
Non	49 (23.1%)	21 (35.0%)	70 (25.7%)	
Non réponse	79 (37.3%)	22 (36.7%)	101 (37.1%)	
Drogues illicites				<.001
Oui	40 (18.9%)	1 (1.7%)	41 (15.1%)	
Non	68 (32.1%)	26 (43.3%)	94 (34.6%)	
Non réponse	85 (40.1%)	26 (43.3%)	111 (40.8%)	
Médicaments				0.044
Oui	16 (7.5%)	1 (1.7%)	17 (6.3%)	
Non	74 (34.9%)	25 (41.7%)	99 (36.4%)	
Non réponse	122 (57.5%)	34 (56.7%)	147 (54.0%)	

* Les non réponses non pas été prises en compte dans l'analyse statistique du fait d'un nombre important de données manquantes (en prenant compte du fait qu'il y a autant de non réponse dans les deux groupes)

Les plus de 65 ans utilisent autant les services d'urgences pendant le suivi mais moins les services de santé en dehors des urgences ($p = 0.002$). On ne retrouve pas de différence significative concernant les antécédents de suivis et d'hospitalisations psychiatriques.

Tableau 5 : utilisation des services de soin

	50-64 ans (N=212)	≥ 65 ans (N=60)	Overall (N=272)	p-value
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Antécédent de suivi psychiatrique				0.524
Oui	95 (44.8%)	26 (43.3%)	121 (44.5%)	
Non	43 (20.3%)	9 (15.0%)	52 (19.1%)	
Non réponse	74 (34.9%)	25 (41.7%)	99 (36.4%)	
Antécédent d'hospitalisation psychiatrique				0.327

Oui	77 (36.3%)	16 (26.7%)	93 (34.2%)	
Non	52 (24.5%)	15 (25.0%)	67 (24.6%)	
Non réponse	83 (39.2%)	29 (48.3%)	112 (41.2%)	
Mesure de protection				0.769
Oui	19 (9.0%)	7 (11.7%)	26 (9.6%)	
Non	156 (73.6%)	44 (73.3%)	200 (73.5%)	
Non réponse	37 (17.5%)	9 (15.0%)	46 (16.9%)	
Passage aux urgences pendant le suivi				0.851
Oui	69 (32.5%)	20 (33.3%)	89 (32.7%)	
Non	57 (26.9%)	14 (23.3%)	71 (26.1%)	
Non réponse	86 (40.6%)	26 (43.3%)	112 (41.2%)	
Utilisation des services de soins hors urgences				0.002
Oui	118 (55.7%)	23 (38.3%)	141 (51.8%)	
Non	50 (23.6%)	28 (46.7%)	78 (28.7%)	
Non réponse	44 (20.8%)	9 (15.0%)	53 (19.5%)	

Les demandes de suivi des plus de 65 ans sont plus souvent la conséquence d'un délire ($p = 0.047$) et moins souvent du fait d'un syndrome dépressif ($p = 0.01$). On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant la durée de suivi, l'origine de la demande, le nombre de consultations, la prescription de traitement, les hospitalisations durant le suivi, ainsi que la suite de la prise en charge. Aucun traitement retard par injection n'a été prescrit chez les plus de 65 ans.

Tableau 6 : suivi à InterfaceSDF

	50-64 ans (N=212)	≥ 65 ans (N=60)	Overall (N=272)	p-value
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Durée du suivi InterfaceSDF				0.145
< 6 mois	66 (31.1%)	14 (23.3%)	80 (29.4%)	

6 mois - 1 an	52 (24.5%)	15 (25.0%)	67 (24.6%)	
1 - 5 ans	66 (31.1%)	16 (26.7%)	82 (30.1%)	
> 5 ans	28 (13.2%)	15 (25.0%)	43 (15.8%)	
Origine de la demande				0.501
CHRS / CHU	88 (41.5%)	26 (43.3%)	114 (41.9%)	
SAMU social	71 (33.5%)	19 (31.7%)	90 (33.1%)	
Accueil de jour	33 (15.6%)	11 (18.3%)	44 (16.2%)	
LAM / LHSS	5 (2.4%)	3 (5.0%)	8 (2.9%)	
Patient.e	10 (4.7%)	0 (0%)	10 (3.7%)	
Autre	5 (2.4%)	1 (1.7%)	6 (2.2%)	
Motif de la demande				
Rupture de soin	29 (13.7%)	5 (8.3%)	34 (12.5%)	0.478
Vulnérabilité	28 (13.2%)	12 (20.0%)	40 (14.7%)	0.241
Trouble du comportement / agressivité	30 (14.2%)	15 (25.0%)	45 (16.5%)	0.084
Délire	41 (19.3%)	20 (33.3%)	61 (22.4%)	0.047
Syndrome dépressif	84 (39.6%)	13 (21.7%)	97 (35.7%)	0.010
Anxiété	39 (18.4%)	6 (10.0%)	45 (16.5%)	0.126
Alcoolisation	17 (8.0%)	4 (6.7%)	21 (7.7%)	0.460
Altération de l'état général / confusion	21 (9.9%)	7 (11.7%)	28 (10.3%)	0.479
Appui du secteur psychiatrique	6 (2.8%)	0 (0%)	6 (2.2%)	0.200
Trouble cognitif	5 (2.4%)	4 (6.7%)	9 (3.3%)	0.139
Repli / refus de soins	3 (1.4%)	1 (1.7%)	4 (1.5%)	0.500
Nombre de consultations				0.811
Mean (SD)	10.5 (13.0)	10.7 (12.6)	10.6 (12.9)	
Median [Min, Max]	5.00 [1.00, 77.0]	5.50 [1.00, 62.0]	5.00 [1.00, 77.0]	
1	44 (20.8%)	9 (15.0%)	53 (19.5%)	
2-9	91 (42.9%)	26 (43.3%)	117 (43.0%)	
10-19	41 (19.3%)	15 (25.0%)	56 (20.6%)	

20-29	16 (7.5%)	4 (6.7%)	20 (7.4%)	
> 30	20 (9.5%)	6 (10.0%)	26 (9,5%)	
Prescription psychiatrique				0.193
Oui	81 (38.2%)	21 (35.0%)	102 (37.5%)	
Non	101 (47.6%)	35 (58.3%)	136 (50.0%)	
Non réponse	30 (14.2%)	4 (6.7%)	34 (12.5%)	
Hospitalisation psychiatrique en soin libre				0.953
Oui	15 (7.1%)	4 (6.7%)	19 (7.0%)	
Non	170 (80.2%)	48 (80.0%)	218 (80.1%)	
Non réponse	27 (12.7%)	8 (13.3%)	35 (12.9%)	
Hospitalisation psychiatrique sous contrainte				0.593
Oui	28 (13.2%)	5 (8.3%)	33 (12.1%)	
Non	160 (75.5%)	48 (80.0%)	208 (76.5%)	
Non réponse	24 (11.3%)	7 (11.7%)	31 (11.4%)	
Hospitalisation somatique				0.881
Oui	35 (16.5%)	12 (20.0%)	47 (17.3%)	
Non	146 (68.9%)	40 (66.7%)	186 (68.4%)	
Non réponse	31 (14.6%)	8 (13.3%)	39 (14.3%)	
Suite de la prise en charge psychiatrique				0.881
Perdu.e de vue	73 (34.4%)	24 (40.0%)	97 (35.7%)	
Refus de la prise en charge	22 (10.4%)	9 (15.0%)	31 (11.4%)	
Fin de prise en charge	18 (8.5%)	6 (10.0%)	24 (8.8%)	
Secteur psychiatrique	45 (21.2%)	7 (11.6%)	52 (19.1%)	
Hospitalisation somatique	3 (1.4%)	1 (1.7%)	4 (1.5%)	
Médecin généraliste	9 (4.2%)	1 (1.7%)	10 (3.7%)	
Suivi addictologique	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (0.4%)	
Suivi psychologique	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (0.4%)	
UCSA	3 (1.4%)	1 (1.7%)	4 (1.5%)	

Suivi en cours	28 (13.2%)	8 (13.3%)	36 (13.2%)
Décès	9 (4.2%)	3 (5.0%)	12 (4.4%)
Devenir social			0.116
EHPAD / résidence personne âgée	6 (2.8%)	8 (13.3%)	14 (5.1%)
UCSA	8 (3.8%)	1 (1.7%)	9 (3.3%)
LAM / LHSS	6 (2.9%)	2 (3.3%)	8 (3.0%)
Logement autonome	11 (5.2%)	1 (1.7%)	12 (4.4%)
Pension de famille / maison relais	7 (3.3%)	1 (1.7%)	8 (2.9%)
CHRS / CHU	15 (7.1%)	4 (6.7%)	19 (7.0%)
Décès	9 (4.2%)	3 (5.0%)	12 (4.4%)
Famille	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (0.4%)
Changement de ville / pays	7 (3.3%)	0 (0%)	7 (2.6%)
Pas de modification du logement	57 (26.9%)	19 (31.7%)	76 (27.9%)
Non réponse	85 (40.1%)	21 (35.0%)	106 (39.0%)

Profil des personnes orientées en EHPAD ou résidence pour personne âgée

14 personnes ont été orientées en EHPAD ou en résidence senior. Ces personnes avaient entre 57 et 73 ans, étaient pour la moitié des hommes, et étaient, pour la plupart, suivies par InterfaceSDF depuis longtemps. La moitié était en CHRS / CHU, 20% en LAM/LHSS et 15% à la rue. La moitié avait une mesure de protection et la plupart était isolée socialement. Plus de la moitié présentait un diagnostic de trouble de la personnalité, un trouble psychotique pour un tiers et un autre tiers présentait un trouble dépressif. Au moins 65% des personnes présentaient un trouble cognitif (pas d'information sur le reste des personnes). La majorité avait un parcours psychiatrique important avec des antécédents d'hospitalisation et 65% suivaient un traitement psychiatrique.

Discussion

L'ensemble des études analysées dans la revue de la littérature et l'étude de la population suivie par InterfaceSDF met en lumière des particularités sociodémographiques, sanitaires et sociales des personnes âgées sans domicile, tout en soulignant les défis persistants dans l'accompagnement de cette population.

Concernant les limites de ces études, la revue de la littérature regroupe des articles très hétérogènes avec des populations variées. La majorité de ces articles n'a qu'une faible proportion de personnes âgées étudiées, non représentative de la proportion de personnes âgées sans domicile et les données sont basées sur les déclarations des personnes, pouvant entraîner une sous-estimation des troubles. Concernant la population suivie par InterfaceSDF, bien qu'il manque des données du fait de l'extraction à partir de dossiers médicaux de façon rétrospective sans recueil standardisé des données, cette étude est la première réalisée en France et nous n'avons donc pas de données comparatives. Nous avons notamment peu de données sur les addictions, les comorbidités et certains diagnostics psychiatriques en l'absence d'une recherche systématique. De plus, la population étudiée n'est pas complètement représentative de l'ensemble de la population sans domicile en France. Elle correspond en effet à un groupe d'individus suivi par une équipe de soins en métropole et n'est pas représentative de la population sans domicile en zone rurale et semi-rurale, elle n'inclut pas non plus les personnes invisibles à la rue (non connues par le SAMU social, ou refusant tout suivi), ni les populations migrantes. De plus, une partie des personnes vues par les soignants d'InterfaceSDF refusent de communiquer leurs informations personnelles et de fait, aucun dossier n'est enregistré.

Vieillesse précoce chez les personnes âgées sans domicile

Conséquences sociales

On retrouve une population majoritairement caucasienne et masculine contrairement à un sex ratio qui s'inverse dans la population générale avec l'âge. L'âge médian est jeune, avec

peu de personnes au-delà de 70 ans et presque aucune au-delà de 80 ans, reflétant une mortalité précoce connue (11).

Ces personnes sont très souvent isolées socialement, rarement en couple, et ce d'autant plus que les personnes sont âgées. La double caractéristique d'être âgé.e et précaire augmente le risque d'être isolé.e. A l'inverse, l'isolement social est un facteur de risque de sans domicile (81) mais aussi de rechute (82). C'est un frein majeur à la réinsertion des plus âgées, exacerbant leur exclusion et leurs difficultés d'accès aux soins et à leurs droits (33). Le développement de stratégies visant à renforcer le lien social et à briser les discriminations liées à l'âge est donc essentiel pour améliorer durablement les conditions de vie et l'accès aux soins des plus âgé.es. Les personnes âgées n'expriment en effet pas plus de désir de se retrouver seules que les plus jeunes.

Les personnes sans domicile sont moins assurées pour leur santé que la population générale, malgré une éligibilité à cette couverture santé comme pour les aides sociales (10% sans assurance maladie contre 0% pour les personnes logées en France) (83). Cependant, plusieurs études retrouvent une meilleure couverture de santé chez les plus âgé.es et montrent une meilleure accessibilité aux soins, non pas du fait de l'âge mais du fait de la meilleure couverture de santé (84). Un accompagnement pour l'accès à leurs droits pourrait donc permettre un meilleur accès aux soins. Les études européennes et les données d'InterfaceSDF ne constatent pas de différence significative en termes d'assurance maladie selon l'âge.

La population de personnes sans domicile de plus de 50 ans n'est pas homogène. On peut distinguer les personnes vivant en situation de précarité depuis de nombreuses années et présentant des pathologies psychiatriques anciennes, et les personnes âgées ayant eu un logement stable pendant une partie de leur vie, devenues sans domicile après l'âge de 50 ans, souvent à la suite d'une crise financière, sociale ou médicale (85). L'étude de McDonald et al. (86) retrouve des différences notables entre ces deux groupes : un plus grand nombre de femmes, d'immigrant.es et de personnes avec un passé de travail stable et des liens familiaux forts pour les nouveaux sans domicile. Ces derniers ont plus de difficultés à trouver un refuge et passent brutalement d'un logement stable à la rue. Ils ont plus de problèmes d'arthrite et de dépression et moins de troubles de la mémoire et d'alcoolisme que les personnes sans

domicile chroniques. Les personnes devenues sans domicile après 50 ans utilisent moins souvent les services de soins et connaissent moins bien le système d'aide.

Une autre catégorisation est possible en fonction de l'âge, permettant de distinguer les personnes âgées de plus de 65 ans, minoritaires du fait d'une mortalité précoce, des personnes âgées « jeunes », de 50 à 65 ans. Cette dernière catégorie présente un vieillissement prématuré et des limitations physiques et fonctionnelles, mais ne peut prétendre à l'accès aux droits des personnes âgées, notamment la retraite et l'accès aux EHPAD. Elles sont particulièrement touchées par la problématique de l'emploi. Une part importante de cette population est en effet sans emploi, en plus grande proportion par rapport aux plus jeunes. L'absence d'un emploi fixe est une réalité chez les plus âgées, plus souvent sujettes à la discrimination liée à l'âge, aux difficultés à trouver un emploi et à se déplacer. La perte d'emploi et la retraite sont reconnues comme des facteurs de risque de sans domicile chez les personnes âgées (81). Une aide spécialisée à la réinsertion à l'emploi semble aujourd'hui nécessaire. Les personnes âgées sans domicile ont plus souvent accès en théorie à des aides sociales que les plus jeunes, mais parmi la population suivie par InterfaceSDF, 22% seulement des plus de 65 ans touchaient effectivement une retraite.

Accès au logement

Les personnes âgées ont, dans certaines études, des périodes de sans domicile plus longues ou restent plus longtemps dans les hébergements d'urgence, malgré des revenus parfois plus importants que les plus jeunes. Ce constat soulève la question de la difficulté à accéder à un logement par la suite, possiblement à cause d'une plus grande vulnérabilité ou de discriminations liées à l'âge qui entravent leur accès au logement ou à l'emploi. De plus, elles peuvent avoir subi une accumulation de désavantages chroniques au fil du temps, ce qui freine leur capacité à sortir de la précarité. Le fait d'avoir une durée de vie sans domicile plus longue est également corrélé à une durée de séjour en hébergement plus importante. Pourtant d'autres études ne retrouvent pas de durée supérieure de sans domicile pour les plus âgées mais plutôt un premier épisode de sans domicile plus tardif dans leur vie.

L'étude de Huttman et Van Vliet (87) sur les besoins en termes de logement pour la population âgée générale soulève la nécessité d'un continuum d'alternatives au logement, du logement indépendant aux logements avec soutien communautaire adapté au déclin de la santé (88–90). Les politiques de sans domicile ont tendance à fournir un logement transitionnel en communauté pour aboutir à une autonomisation ensuite, ce qui peut ne pas être adapté aux personnes âgées. Cette population vulnérable pourrait bénéficier de programmes de logement communautaire avec des services de santé multidisciplinaires.

La majorité des Américains (78%) expriment le désir de rester chez eux en vieillissant (91). La préférence des personnes âgées sans domicile pour les logements autonomes, à condition qu'un soutien adéquat soit apporté (57,62,92,93), remet ainsi en question la conception erronée selon laquelle les personnes âgées bénéficient moins que les plus jeunes de ce type de logement et préféreraient les logements en collectivité. Cette perception peut être en fait le reflet de l'inquiétude des soignant.es face à l'isolement des personnes âgées, exacerbée par le manque de personnel disponible pour s'occuper des personnes âgées en logement indépendant. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les préférences de placement car le respect de leur préférence a un effet positif sur le vieillissement (94).

Des initiatives comme le « Housing First » ou le « Permanent Supportive Housing » démontrent leur efficacité pour stabiliser les conditions de vie des sans domicile âgé.es. Ils permettent une amélioration notable, et supérieure à celle des jeunes, de la qualité de vie et de la santé mentale. Ces résultats pourraient s'expliquer par une moindre consommation de substances et par le fait qu'ils et elles arrivent à la rue à un âge avancé et avec moins d'usage mentale. Cependant, une étude précédente démontre que l'abus de substances est corrélé à une moins bonne santé mentale sans affecter la stabilité du logement en « Housing First » (95). Toutefois, des ajustements restent nécessaires pour répondre aux limitations physiques et aux risques de l'institutionnalisation chez cette population âgée sans domicile.

Santé générale

Sur le plan de la santé, les personnes sans domicile âgées sont plus touchées par les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles et les syndromes gériatriques et sont en moins bonne santé générale. Ces prévalences plus importantes pourraient être mises sur le compte d'un vieillissement naturel, cependant les facteurs de stress liés à la précarité semblent également jouer un rôle majeur.

Troubles psychiatriques et addictologiques des personnes âgées sans domicile

Le fait de devenir sans domicile à un âge avancé semble corrélé à une moindre vulnérabilité, notamment en termes de troubles addictologiques et psychiatriques (57). L'étude HOPE HOME souligne donc l'importance cruciale de la prévention précoce (notamment pour les personnes risquant de perdre leur logement à un âge avancé) et de l'aide à apporter aux personnes pour sortir précocement de la rue afin de prévenir la progression vers la chronicité (53).

Le fait d'avoir eu un premier épisode de sans domicile avant 50 ans est associé à une durée de vie sans domicile plus longue, à plus de difficultés dans l'enfance et à des événements de vie défavorables à l'âge adulte (53). Ceci pourrait expliquer la plus faible proportion de traumatismes rapportés dans l'enfance par les personnes âgées (66). En effet, les traumatismes subis dans l'enfance sont associés à une augmentation des problèmes de santé, d'addiction et de problèmes sociaux (96) et pourraient être associés à une entrée plus précoce dans le sans domicile, voire une mortalité plus précoce, tandis que les personnes âgées sans domicile ont pu avoir un logement stable pendant une partie de leur vie. Une seule étude retrouve une durée de vie sans domicile particulièrement longue de plus de dix ans chez la moitié des personnes âgées (66). Cette étude révèle une absence de corrélation entre la prévalence de traumatismes dans l'enfance et le TSPT (20%) identique chez les jeunes et âgés, ce qui soulève la possibilité d'autres sources de traumatisme chez les personnes plus âgées, notamment la guerre (proportion plus importante de vétérans dans les études américaines chez les personnes plus âgées par rapport aux jeunes) mais aussi une moindre

propension à parler de traumatismes anciens. Ces taux de TSPT sont cependant très supérieurs à la population générale (3%) en France (97).

Concernant les troubles psychiatriques des personnes suivies par InterfaceSDF, on retrouve une majorité de diagnostics de troubles dépressifs (un tiers) et psychotiques (un tiers) mais aussi une proportion importante de troubles de la personnalité (un quart). Les études de la revue de la littérature ne concordent pas toutes entre elles, mais dans l'ensemble on retrouve peu de différences dans les diagnostics psychiatriques entre les personnes âgées et jeunes sans domicile. Ce constat est aussi valable pour les plus et moins de 65 ans de la population âgée suivie par InterfaceSDF, en dehors d'une prévalence plus importante de troubles psychotiques chez les plus de 65 ans, ce qui ne concorde pas avec les précédentes études, et pose la question de possibles symptômes d'une maladie neurodégénérative.

Certaines études retrouvent une prévalence plus faible de troubles psychiatriques chez les personnes âgées comparativement aux plus jeunes. Ceci pourrait être expliqué par des symptômes atypiques, des besoins moins perçus par les personnes âgées, une mortalité précoce ou une institutionnalisation des personnes vieillissantes avec des pathologies psychiatriques sévères (44). Aux urgences, la moindre proportion de diagnostics psychiatriques posés peut refléter une focalisation sur les pathologies physiques et addictologiques au premier plan et le fait que des consultations courtes ne permettent pas de rechercher des pathologies psychiatriques systématiquement. On retrouve moins d'idées suicidaires et d'antécédents de tentative de suicide chez les personnes âgées, ce qui peut être corrélé à une prévalence moins importante de troubles psychiatriques mais aussi refléter une mortalité plus précoce de ces personnes suicidaires, en prenant en compte que la suicidalité est plus forte chez les personnes âgées (98).

Les troubles de l'usage de substances illicites sont moins fréquents chez les personnes âgées sans domicile que chez les jeunes et quasiment nulles chez les plus de 65 ans. Les hypothèses sont l'apparition de complications physiques précoces, une mortalité très précoce ou une trajectoire naturelle d'arrêt de substance avec l'âge (62). Les troubles addictologiques sont un facteur de risque majeur de sans domicile et notamment de chronicité (99,100). Les consommations restent très prévalentes par rapport à la population générale et le trouble de

l'usage de l'alcool reste prédominant chez les personnes âgées, à égalité avec les plus jeunes, voire parfois supérieur, alors qu'on retrouve une tendance à la diminution des consommations dans la population générale avec l'âge. On retrouve cependant une plus faible proportion par rapport aux jeunes dans les études les plus récentes, qui peut être liée à une baisse générale des consommations d'alcool chez les personnes âgées.

La population âgée suivie par InterfaceSDF rapporte également des consommations importantes d'alcool et de cannabis, mais peu de substances illicites. Ces chiffres sont cependant peu représentatifs car les personnes sans domicile avec des troubles addictifs à Lyon sont principalement suivies par l'équipe mobile d'addictologie. On notera également une consommation faible de drogues illicites, en comparaison de la population sans domicile de plus de 50 ans de l'étude HOPE HOME, qui retrouvait des consommations chez 63% des personnes (52).

La première cause de l'épisode sans domicile rapportée par les personnes suivies par InterfaceSDF est la maladie psychiatrique (25%). Ce chiffre reflète les constats des études françaises, qui décrivent une relation bidirectionnelle entre troubles psychiatriques et précarité (33), nécessitant des mesures de prévention primaire et secondaire pour éviter la précarisation des personnes présentant des pathologies psychiatriques et l'aggravation de leurs pathologies. A noter qu'aucune des personnes suivies par Interface ne désignait un trouble addictologique comme cause de l'épisode sans domicile. Près de la moitié des personnes avait un antécédent de suivi psychiatrique et un tiers avait déjà été hospitalisé en psychiatrie, ce qui va dans le sens d'une précarisation des personnes atteintes de pathologies psychiatriques chroniques.

Accès aux soins

Parmi les personnes suivies par InterfaceSDF, la moitié des personnes n'avait pas de traitement médicamenteux, notamment du fait d'une difficulté de prescrire à la rue, d'une réticence des personnes à prendre un traitement et d'une difficulté d'accès aux médicaments pour les personnes sans assurance maladie. 20% des personnes ont été hospitalisées au cours de leur suivi, ce qui reflète des troubles sévères présentés par les personnes suivies avec des

décompensations aiguës nécessitant des soins adaptés. Les soignant.es d'InterfaceSDF constatent une grande difficulté à amener une personne vers les soins, en raison des réticences des personnes accompagnées mais aussi de celles des services de soin. L'étude de Weldrick et Canham (8) pointe un traitement inégal dans les soins de santé des personnes âgées sans domicile du fait d'un refus de soin en raison de la complexité de leur état de santé. Étudier l'impact de l'âgisme et de la stigmatisation dans le contexte de l'accès aux services de soin serait nécessaire pour mieux comprendre ce phénomène.

Une étude réalisée en population générale retrouve, comme raison à une moindre proportion de diagnostics psychiatriques chez les personnes âgées, une prévalence moins importante de pathologies psychiatriques mais aussi moins de besoins perçus par les personnes âgées (101). Malgré une prévalence importante de troubles psychiatriques et addictologiques, les personnes âgées semblent accéder à moins de traitements, exprimant souvent des besoins non corrélés à la prévalence des pathologies et exprimant moins de demandes de soins, particulièrement en termes d'aide et de sevrage addictologique. Aucune hospitalisation n'a été faite en addictologie malgré une consommation d'alcool importante lors des suivis par InterfaceSDF, ce qui confirme que les plus âgées ne demandent pas d'aide, et qu'initier un sevrage, notamment depuis la rue, pose des difficultés. Ces résultats sont inquiétants et questionnent sur la présence de troubles plus ancrés, sur une absence de volonté de se soigner chez les personnes âgées ou sur un renoncement à se soigner avec une altération de la conscience de soi et une acceptation de la mort. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour caractériser cette population et comprendre les raisons de cette absence de demande de soins.

Les personnes sans domicile se tournent plus facilement vers les soins communautaires que vers les soins hospitaliers. Cependant, malgré une santé globale plus fragile et une prévalence plus importante de personnes assurées, les études ne montrent pas systématiquement une utilisation accrue des services de santé par les personnes sans domicile âgées par rapport aux jeunes (54). Dans la population suivie par InterfaceSDF, les personnes de plus de 65 ans avaient moins de suivi ambulatoire que les moins de 65 ans. Dans l'étude de Milaney et al. (66), malgré une assurance de santé publique, 36% des personnes rapportent une difficulté financière pour accéder aux soins. Les personnes âgées rapportent, au-delà des questions

financières, plus de difficultés à accéder aux soins que les plus jeunes. Une étude montrait que 27% des personnes âgées n'avaient en effet pas eu de contact avec les soins l'année avant leur décès sauf pour le problème ayant conduit au décès (102). Ceci soulève la question des barrières à l'accès aux soins (transport, finances, isolement social, limitations fonctionnelles, complexité du système de soin, stigmatisation, discrimination) (66). Une autre étude soulève la question des « competing priorities », englobant l'accès au logement et à la nourriture et entraînant une « dépriorisation » des soins (103,104). Ces inégalités d'accès aux services de santé mettent en évidence un besoin accru d'interventions ciblées et accessibles.

Concernant l'accès aux urgences, les personnes sans domicile de plus de 50 ans utilisent les urgences trois à quatre fois plus que la population générale, probablement en lien avec un accès plus simple que les soins ambulatoires. Contrairement à la croyance selon laquelle les personnes sans domicile utilisent les urgences principalement pour des soins non urgents, l'étude de Hategan et al. (70) retrouve seulement 18% d'indications non urgentes. Cependant, on ne retrouve pas plus d'utilisation des urgences chez les personnes âgées sans domicile par rapport aux plus jeunes, contrairement à ce qu'on retrouve dans la population générale. Les plus âgé.es ont cependant deux fois plus de chance d'être hospitalisé.es, ce qui souligne l'intérêt d'un développement des soins de prévention et ambulatoires pour limiter les coûts d'hospitalisation. Une fréquence accrue de passages aux urgences est retrouvée chez les personnes sans abri, disposant d'une assurance de santé, avec un antécédent d'hospitalisation psychiatrique ou présentant une douleur sévère (51). Des études retrouvent une diminution de l'utilisation des services de soins (et donc une diminution des dépenses engagées par l'état) après le relogement des personnes sans domicile (95,105) ou après la mise en place d'une continuité des soins avec un médecin de soins primaires régulier (106). Identifier les patient.es fragilisé.es encore davantage par un accès insuffisant aux soins aigus pourrait permettre de mieux cibler leurs besoins.

Dans la population suivie par InterfaceSDF, le suivi est souvent difficile à mettre en place, avec 20% des personnes ne donnant pas suite après une consultation et très peu de suivis initiés à la demande de la personne, la demande venant souvent des travailleur.ses du social. Ceci renforce la nécessité d'équipes faisant de "l'aller vers" pour ces personnes n'ayant aucune demande de soins. Près de 50 % des patient.es sont ensuite perdus de vue ou refusent le suivi.

Ce phénomène est documenté dans la littérature, soulignant l'importance de dispositifs flexibles et adaptés pour créer une alliance thérapeutique et maintenir ces patient.es dans un parcours de soins (107,108). La précarité, la mobilité et la méfiance envers les institutions de soins constituent des barrières majeures (109). Environ 50 % des personnes sans domicile avec des troubles psychiatriques abandonnent en effet leur suivi après une ou deux consultations. Au contraire, certaines prises en charge se poursuivent sur plusieurs années avec de nombreuses consultations (10% des patient.es avec plus de 30 consultations). Ce constat peut évoquer une plus grande difficulté d'orientation devant des situations complexes. A la suite du suivi avec InterfaceSDF, seules 20% des personnes sont orientées vers le secteur psychiatrique, ce qui rend compte de la difficulté d'orientation pour ces personnes malgré l'objectif principal d'InterfaceSDF de faire le lien avec les structures de droit commun. La faible proportion de patient.es orientés vers un médecin généraliste (3,7 %) traduit un besoin critique d'articulation entre les différents secteurs du soin, souvent pointé comme un enjeu central pour cette population (109,110). Il est important de noter que la notion de temporalité est très différente dans le suivi des personnes en grande précarité avec des suivis longs, du temps étant nécessaire pour créer une alliance thérapeutique et développer la confiance envers les soignants.

Conclusion et perspectives

Les résultats de ces études mettent en évidence des caractéristiques spécifiques des personnes âgées sans domicile. Ces personnes présentent une prévalence accrue de troubles psychiques, addictologiques et de problèmes de santé physique. Comparativement aux sans domicile plus jeunes, elles ont autant de troubles psychiques mais moins de troubles addictologiques. Cependant, plus elles avancent en âge, plus leurs besoins médicaux augmentent, tout en rencontrant paradoxalement davantage de difficultés à accéder aux soins. Face à un soutien social insuffisant, à des comorbidités somatiques importantes et à des troubles cognitifs précoces limitant l'accès aux soins, il est indispensable de renforcer les services d'« aller vers » pour cette population. En effet, ces personnes rencontrent souvent des obstacles administratifs et un repli sur soi qui retardent leur prise en charge médicale. De nombreuses interventions ciblent les jeunes sans domicile, permettant une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques. Pour les personnes âgées, peu de dispositifs sont aujourd'hui développés.

Une meilleure compréhension des différences entre les sous-groupes de personnes sans domicile constitue un pas important vers une amélioration des services d'aide et de prévention, mais nécessite de poursuivre les recherches de caractérisation de cette population, notamment par une observation de la santé des personnes sans domicile vieillissantes. Par ailleurs, les services de santé et les structures médicales et médico-sociales doivent intégrer les problématiques de vieillissement et de mortalité précoce, pour anticiper ces effets dès un âge plus jeune que celui attendu dans la population générale. Le vieillissement aggrave la précarité et, réciproquement, la précarité accélère le vieillissement en mauvaise santé. Ainsi, une approche multidimensionnelle est indispensable pour répondre aux besoins complexes et croissants de cette population vulnérable, afin de réduire les obstacles à l'accès aux soins.

Accès aux soins

Pour répondre à ces besoins, il est crucial de développer des structures de coordination et d'intervention conjointe entre acteurs sociaux, médicaux et médico-sociaux. La lutte

contre l'isolement apparaît prioritaire et doit s'appuyer sur différents leviers comme la création d'activités de loisirs, tout en évitant toute infantilisation des personnes concernées. La prise en charge psychiatrique doit également s'accompagner d'une réinsertion sociale. Toutefois, il convient de redéfinir la notion de « réinsertion » pour les personnes âgées sans domicile avec une distinction entre les 50-65 ans et les plus de 65 ans présentant des besoins différents d'accompagnement.

Il est nécessaire de repérer les situations de grande précarité chez des personnes âgées afin de les accompagner et de les orienter au mieux. Le dispositif Alliance de l'association Notre Dame des Sans Abris à Lyon illustre une approche coordonnée pour les personnes âgées en grande précarité. Il met en relation les structures d'accueil et d'hébergement, les dispositifs de soins ambulatoires et les services médico-sociaux afin de favoriser l'accès aux soins, le maintien en structure et la continuité du parcours de soins. Ce type de dispositif pourrait être développé à l'échelle nationale.

Les gériatres pourraient également jouer un rôle central dans l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées à la rue, en formant les équipes de terrain sur les limitations fonctionnelles et les syndromes gériatriques précoces, souvent observés avant 75 ans chez cette population. Leur expertise en réhabilitation, gestion des maladies handicapantes, des déficits sensoriels et des troubles cognitifs pourrait améliorer les soins apportés.

Au début du suivi par InterfaceSDF, seule une minorité des personnes était sans domicile depuis moins d'un mois, ce qui peut s'expliquer par la difficulté à identifier les troubles mentaux pour les travailleur.ses du social ou la nécessité d'établir une relation préalable avant de proposer un suivi en psychiatrie. En plus d'une nécessité de formation et d'accompagnement des travailleur.ses du social pour faire face à une augmentation des situations complexes et de personnes présentant des pathologies psychiatriques sévères dans les structures d'hébergement ou à la rue, on peut se poser la question de l'intérêt d'une intervention plus précoce des EMPP pour éviter la chronicité de l'épisode sans domicile pour les patient.es avec des troubles psychiatriques sévères et éviter l'aggravation ou l'apparition de troubles psychiatriques. Soutenir le secteur psychiatrique dans sa réorganisation ambulatoire afin de maintenir les soins auprès du public précaire devient un enjeu majeur.

Accès au logement

Faciliter l'accès des personnes sans domicile vieillissantes aux EHPAD ou aux résidences autonomes est primordial. Cela peut passer par des dérogations d'âge et des places dédiées pour cette population souvent trop jeune selon les critères actuels, mais présentant une perte d'autonomie et des troubles psychiques. Des études soutiennent la nécessité d'une révision des critères d'âge de ces dispositifs (86) pour les personnes sans domicile.

L'analyse des profils des patient.es orienté.es vers les EHPADs ou des résidences autonomes suite au suivi par InterfaceSDF montrent des profils variés, plus jeunes que la majorité des personnes en EHPAD, souvent très isolés socialement, avec des troubles psychiatriques sévères et des troubles neurocognitifs. Les personnes qui ont connu la rue ont une expérience et des besoins qui doivent être pris en compte lorsqu'elles sont accueillies en EHPAD. Ce public qui sort de la survie réapprend à être visible, à exprimer des besoins, à vivre avec son corps et à en accepter les limites. Ce cheminement doit être accompagné par l'établissement.

Par ailleurs, les structures sont souvent réticentes à l'accueil des personnes sans domicile, par peur des troubles du comportement, des troubles addictologiques, du risque de décalage avec les autres résident.es et des possibles difficultés d'intégration. Une formation spécifique des équipes soignantes sur les troubles comportementaux et addictologiques associés à ce public est indispensable.

Le dossier *Précarité des personnes âgées en EHPAD de la Revue gériatrique de 2020* (111,112) s'est notamment intéressé à la prise en charge des personnes âgées sans domicile en EHPAD. Les personnes plus jeunes retrouvées en EHPAD sont principalement des personnes souffrant de troubles psychiatriques avec souvent un parcours de rue. Ce dossier donne des pistes pour l'intégration de ces résident.es avec l'instauration d'un.e soignant.e référent.e « confident.e », d'une routine et de rituels, un rétablissement des codes sociaux sans infantiliser, une bonne distance de soins, un travail de confiance, des animations adaptées, un accompagnement social, psychologique et psychiatrique, une prise en compte de la souffrance psychique liée à l'exclusion sociale associant un manque d'estime de soi et une sorte de désafférentation psychique qui, à l'extrême, correspond au syndrome d'auto-exclusion. La persévérance des soignants permet une adaptation et une intégration.

L'analyse des profils des résident.es avec un parcours de rue démontre plus de perte d'autonomie (au sens de capacité psycho-cognitive notamment dans la prise de décision) et moins de dépendance fonctionnelle (au sens du GIR). L'analyse met en évidence des personnes plus isolées, avec une consommation d'alcool plus importante, des fugues, des troubles du comportement. Se pose la question de la pertinence du GIR et de la nécessité de l'élaboration d'une grille d'évaluation de la perte d'autonomie psychocognitive complémentaire (113).

Il est proposé dans le dossier *Précarité des personnes âgées en EHPAD* (111,112) différentes pistes d'accompagnement, notamment la création d'une formation sur l'accueil et l'accompagnement des précaires vieillissant.es, un accompagnement des équipes avec une médiation extérieure, la création d'un comité d'éthique, un recensement des expériences innovantes et le financement d'une thèse CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la REcherche), la sociologie du vieillissement des précaires restant très lacunaire.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) peuvent être une solution pour les personnes présentant des pathologies chroniques (dont des pathologies psychiatriques), notamment lorsque leur situation administrative ne leur permet pas l'accès à un autre ESSMS (Établissement ou service social ou médico-social). Cependant, l'orientation des patient.es de psychiatrie vers les LAM est souvent complexe en raison d'un manque de formation des professionnel.les.

Des alternatives aux EHPAD (EHPAD à domicile, colocation solidaire, unités pour personnes handicapées vieillissantes, services de santé communautaires, Un Chez Soi D'Abord, maisons relais) sont également nécessaires. Le désir d'avoir « un chez soi » est mis en avant par les personnes vieillissantes sans domicile (114). Les études du « housing first » retrouvent une efficacité particulièrement bonne chez les personnes plus âgées en termes de stabilité du logement, mais aussi de la santé mentale et de la qualité de vie (57). On retrouve également une diminution des idées suicidaires et de leur intensité chez les personnes sans domicile prises en charge (71). Les observations renforcent la pertinence de stratégies intégrées et plaident pour un renforcement des dispositifs médico-sociaux adaptés aux besoins diversifiés de cette population.

Bibliographie

1. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. McGrath J, éditeur. PLoS Med. 2 déc 2008;5(12):e225.
2. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. Int J Soc Psychiatry. 1 sept 2020;66(6):528-41.
3. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social; 2004 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
4. Cohen CI, Teresi J, Holmes D. The mental health of old homeless men. J Am Geriatr Soc. juin 1988;36(6):492-501.
5. Crane M. The mental health problems of elderly people living on London's streets. Int J Geriatr Psychiatry. 1994;9(2):87-95.
6. Stergiopoulos V, Herrmann N. Old and homeless: a review and survey of older adults who use shelters in an urban setting. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. juill 2003;48(6):374-80.
7. Le Compas [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2025]. Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile. Disponible sur: <http://www.lecompas.fr/base-documentaire/les-personnes-de-50-ans-ou-plus-utilisant-des-services-dhebergement-et-de-distribution-de-repas-pour-sans-domicile/>
8. Weldrick R, Canham SL. Intersections of Ageism and Homelessness Among Older Adults: Implications for Policy, Practice, and Research. The Gerontologist. 1 mai 2024;64(5):gnad088.
9. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet Lond Engl. 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
10. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. J Gen Intern Med. janv 2012;27(1):16-22.
11. Albouy V, Legleye S, Lellouch T. Connaître les personnes sans domicile est encore plus important que les dénombrer.
12. Ne laissons pas les personnes sans-abri vieillir dans la rue | Samusocial de Paris [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/ne-laissons-pas-les-personnes-sans-abri-vieillir-dans-la-rue>
13. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
14. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242363?sommaire=8242421&q=esperance+de+vie+sans+incapacit%C3%A9#tableau-figure1>
15. Roussel, R. (2017). Personnes âgées dépendantes... - Google Scholar [Internet]. [cité 16 déc 2024].
16. Gillis LM, Singer J. Breaking Through the Barriers: Healthcare for the Homeless. JONA J Nurs Adm. juin 1997;27(6):30.
17. Sachs-Ericsson N, Wise E, Debrody CP, Paniucki HB. Health Problems and Service

- Utilization in the Homeless. *J Health Care Poor Underserved*. 1999;10(4):443-452.
18. O'Carroll A, Wainwright D. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *Int J Equity Health*. 23 juill 2019;18(1):113.
 19. Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework - Brandi M. White, Susan D. Newman, 2015 [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2150131914556122>
 20. Lebrun-Harris LA, Baggett TP, Jenkins DM, Sripipatana A, Sharma R, Hayashi AS, et al. Health Status and Health Care Experiences among Homeless Patients in Federally Supported Health Centers: Findings from the 2009 Patient Survey. *Health Serv Res*. 2013;48(3):992-1017.
 21. Zur J, Jones E. Unmet Need Among Homeless and Non-Homeless Patients Served at Health Care for the Homeless Programs. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(4):2053-68.
 22. Koegel P, Sullivan G, Burnam A, Morton SC, Wenzel S. Utilization of Mental Health and Substance Abuse Services Among Homeless Adults in Los Angeles. *Med Care*. mars 1999;37(3):306.
 23. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 août 2013;48(8):1235-43.
 24. Doolin J. Planning for the Special Needs of the Homeless Elderly. *The Gerontologist*. 1 juin 1986;26(3):229-31.
 25. Brown RT, Hemati K, Riley ED, Lee CT, Ponath C, Tieu L, et al. Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *The Gerontologist*. 1 août 2017;57(4):757-66.
 26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Grande Précarité et troubles psychiques - Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques
 27. FURTOS J, LAVAL C, QUEYRANNE JJ, al et. La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Toulouse: Erès; 2005. 353 p.
 28. Initier le soin : des professionnels au front de la précarité - État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en Auvergne-Rhône-Alpes - Orspere-Samdarra [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://orspere-samdarra.com/2021/initier-le-soin-des-professionnels-au-front-de-la-precarite-etat-des-lieux-des-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-en-auvergne-rhone-alpes/>
 29. Furtos J. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale: *Empan*. 29 mai 2015;n° 98(2):55-9.
 30. Mbaye E. La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ?
 31. S. 896 HEARTH Act of 2009 [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.hudexchange.info/resource/1717/s-896-hearth-act>
 32. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
 33. 28e rapport sur l'état du mal-logement en France 2023 | Fondation Abbé Pierre

- [Internet]. [cité 13 août 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/28e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2023>
34. Daguzan A, Farnarier C. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016.
 35. « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social | Cairn.info [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-rhizome-2018-2-page-5?lang=fr>
 36. Psychiatrie et grande exclusion : rapport | vie-publique.fr [Internet]. 2024 [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/25199-psychiatrie-et-grande-exclusion-rapport>
 37. Discours du Professeur J.P Vignat lors de l'inauguration des nouveaux locaux d'InterfaceSDF rue Crépet en mai 2023.docx.
 38. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie - APHP DAJDP [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-dexclusion-et-a/>
 39. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 6 févr 2025]. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-emp>
 40. Chobeaux F. Vingt-cinq ans de jeunes en errance active. Où en est-on ? Rhizome. 2016;59(1):23-9.
 41. Furtos J. Dossier Souffrance et Société.
 42. Rapport d'activité Les Petits Frères des Pauvres AVL 2023.
 43. Tompsett CJ, Fowler PJ, Toro PA. Age differences among homeless individuals: adolescence through adulthood. J Prev Interv Community. 2009;37(2):86-99.
 44. Herrman HE, McGorry PD, Bennett PA, Singh BS. Age and severe mental disorders in homeless and disaffiliated people in inner Melbourne. Med J Aust. 20 août 1990;153(4):197-200, 204-5.
 45. Correlates of Depressive Symptoms among Middle-Aged and Older Homeless Adults Using the 9-Item Patient Health Questionnaire - PMC [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370065/>
 46. Saddichha S, Linden I, Krausz MR. Physical and Mental Health Issues among Homeless Youth in British Columbia, Canada: Are they Different from Older Homeless Adults? 2014;
 47. Kellogg FR, Horn A. The elderly homeless: a study comparing older and younger homeless persons, with three case histories. Care Manag J J Case Manag J Long Term Home Health Care. 2012;13(4):238-45.
 48. Gelberg L, Linn LS. Demographic differences in health status of homeless adults. J Gen Intern Med. 1992;7(6):601-8.
 49. Kaplan LM, Vella L, Cabral E, Tieu L, Ponath C, Guzman D, et al. Unmet mental health and substance use treatment needs among older homeless adults: Results from the HOPE HOME Study. J Community Psychol. nov 2019;47(8):1893-908.

50. Semere W, Kaplan L, Valle K, Guzman D, Ramsey C, Garcia C, et al. Caregiving Needs Are Unmet for Many Older Homeless Adults: Findings from the HOPE HOME Study. *J Gen Intern Med*. nov 2022;37(14):3611-9.
51. Raven MC, Tieu L, Lee CT, Ponath C, Guzman D, Kushel M. Emergency Department Use in a Cohort of Older Homeless Adults: Results From the HOPE HOME Study. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. janv 2017;24(1):63-74.
52. Spinelli MA, Ponath C, Tieu L, Hurstak EE, Guzman D, Kushel M. Factors associated with substance use in older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *Subst Abuse*. 2017;38(1):88-94.
53. Brown RT, Goodman L, Guzman D, Tieu L, Ponath C, Kushel MB. Pathways to Homelessness among Older Homeless Adults: Results from the HOPE HOME Study. *PloS One*. 2016;11(5):e0155065.
54. Gelberg L, Linn LS, Mayer-Oakes SA. Differences in health status between older and younger homeless adults. *J Am Geriatr Soc*. nov 1990;38(11):1220-9.
55. HECHT L, COYLE B. Elderly Homeless: A Comparison of Older and Younger Adult Emergency Shelter Seekers in Bakersfield, California. *Am Behav Sci*. 1 sept 2001;45(1):66-79.
56. Rt B, Rv K, D G, M K. Health care access and utilization in older versus younger homeless adults. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. août 2010 [cité 7 oct 2023];21(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20693744/>
57. Chung TE, Gozdzik A, Palma Lazgare LI, To MJ, Aubry T, Frankish J, et al. Housing First for older homeless adults with mental illness: a subgroup analysis of the At Home/Chez Soi randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. janv 2018;33(1):85-95.
58. van Dongen SI, van Straaten B, Wolf JRLM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Rietjens JAC, et al. Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Health Soc Care Community*. juill 2019;27(4):e379-88.
59. De Mallie DA, North CS, Smith EM. Psychiatric Disorders Among the Homeless: A Comparison of Older and Younger Groups1 | *The Gerontologist* | Oxford Academic [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/1/61/562994?login=false>
60. Gordon RJ, Rosenheck RA, Zweig RA, Harpaz-Rotem I. Health and social adjustment of homeless older adults with a mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. juin 2012;63(6):561-8.
61. Kimbler KJ, DeWees MA, Harris AN. Characteristics of the old and homeless: identifying distinct service needs. *Aging Ment Health*. févr 2017;21(2):190-8.
62. Henwood BF, Katz ML, Gilmer TP. Aging in place within permanent supportive housing. *Int J Geriatr Psychiatry*. janv 2015;30(1):80-7.
63. Abdul-Hamid W. The elderly homeless men in Bloomsbury hostels: their needs for services. *Int J Geriatr Psychiatry*. juill 1997;12(7):724-7.
64. Garibaldi B, Conde-Martel A, O'Toole TP. Self-reported comorbidities, perceived needs, and sources for usual care for older and younger homeless adults. *J Gen Intern Med*. août 2005;20(8):726-30.
65. Brown RT, Steinman MA. Characteristics of emergency department visits by older versus younger homeless adults in the United States. *Am J Public Health*. juin 2013;103(6):1046-51.
66. Milaney K, Kamran H, Williams N. A Portrait of Late Life Homelessness in Calgary,

- Alberta. *Can J Aging Rev Can Vieil.* mars 2020;39(1):42-51.
67. Cohen CI. Aging and Homelessness. *The Gerontologist.* 1 févr 1999;39(1):5-15.
 68. Vaillant-Cisewicz AJ, Cuni A, Quin C, Lantermino L, Guérin O. Trouble de stress post-traumatique chez le sujet âgé : état des connaissances actuelles concernant le repérage, le diagnostic et les interventions non médicamenteuses adaptées. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 août 2023;23(136):269-79.
 69. Pleis JR, Lethbridge-Cejku M. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2006: (403882008-001) [Internet]. 2007 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/e403882008-001>
 70. Hategan A, Tisi D, Abdurrahman M, Bourgeois JA. Geriatric Homelessness: Association with Emergency Department Utilization. *Can Geriatr J.* 23 déc 2016;19(4):189-94.
 71. Leane É, Zeroug-Vial H. Le suicide des personnes sans-abris : une silencieuse tragédie de santé publique ? *Rhizome.* 2017;64(2):4-4.
 72. Près d'une personne sur dix bénéficie d'une mesure de protection juridique après 90 ans | Ministère de la justice [Internet]. 2024 [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/pres-dune-personne-dix-beneficie-dune-mesure-protection-juridique-apres-90>
 73. Burra TA, Stergiopoulos V, Rourke SB. A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* févr 2009;54(2):123-33.
 74. Depp CA, Vella L, Orff HJ, Twamley EW. A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. *J Nerv Ment Dis.* févr 2015;203(2):126-31.
 75. Gonzalez EA, Dieter JN, Natale RA, Tanner SL. Neuropsychological evaluation of higher functioning homeless persons: a comparison of an abbreviated test battery to the mini-mental state exam. *J Nerv Ment Dis.* mars 2001;189(3):176-81.
 76. Nishio. Prevalence of Mental Illness, Cognitive Disability, and Their Overlap among the Homeless in Nagoya, Japan | PLOS ONE [Internet]. [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138052>
 77. Cognitive Dysfunction in Homeless Adults: A Systematic Review - Sean Spence, Richard Stevens, Randolph Parks, 2004 [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014107680409700804>
 78. Stergiopoulos V, Cusi A, Bekele T, Skosireva A, Latimer E, Schütz C, et al. Neurocognitive impairment in a large sample of homeless adults with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* avr 2015;131(4):256-68.
 79. Rochoy M, Bordet R, Gautier S, Chazard E. Factors associated with the onset of Alzheimer's disease: Data mining in the French nationwide discharge summary database between 2008 and 2014. *PloS One.* 2019;14(7):e0220174.
 80. Hurstak E, Johnson JK, Tieu L, Guzman D, Ponath C, Lee CT, et al. Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2017;178:562-70.
 81. Predictors of homelessness among older adults in New York city: disability, economic, human and social capital and stressful events - PubMed [Internet]. [cité 18 janv 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17855456/>
 82. Duchesne AT, Rothwell DW. What leads to homeless shelter re-entry? An exploration of the psychosocial, health, contextual and demographic factors. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique.* 27 juin 2016;107(1):e94-9.
 83. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 |

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-recours-aux-soins-des-sans-domicile-neuf-sur-dix-ont-consulte>
84. Kushel M. Older Homeless Adults: Can We Do More? *J Gen Intern Med.* janv 2012;27(1):5-6.
 85. Grenier A, Barken R, Sussman T, Rothwell D, Bourgeois-Guérin V, Lavoie JP. A Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda. *Can J Aging Rev Can Vieil.* mars 2016;35(1):28-41.
 86. McDonald L, Dergal J, Cleghorn L. Living on the margins: older homeless adults in Toronto. *J Gerontol Soc Work.* 2007;49(1-2):19-46.
 87. Handbook of Housing and the Built Environment in the United States : Elizabeth Huttman: Greenwood [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.bloomsbury.com/us/handbook-of-housing-and-the-built-environment-in-the-united-states-9780313248740/>
 88. Crane M, Warnes AM. Older People and Homelessness: Prevalence and Causes. *Top Geriatr Rehabil.* juin 2001;16(4):1.
 89. Crane M, Byrne K, Fu R, Lipmann B, Mirabelli F, Rota-Bartelink A, et al. The causes of homelessness in later life: findings from a 3-nation study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* mai 2005;60(3):S152-159.
 90. Gonyea JG, Mills-Dick K, Bachman SS. The Complexities of Elder Homelessness, a Shifting Political Landscape and Emerging Community Responses. *J Gerontol Soc Work.* 28 sept 2010;53(7):575-90.
 91. Katz PR. An International Perspective on Long Term Care: Focus on Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc.* 1 sept 2011;12(7):487-492.e1.
 92. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis | *AJPH* | Vol. 94 Issue 4 [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.94.4.651>
 93. Busch-Geertsema V. When homeless people are allowed to decide by themselves. Rehousing homeless people in Germany. *Eur J Soc Work.* 1 mars 2002;5(1):5-19.
 94. Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression | *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
 95. Association of Substance Use and VA Service-Connected Disability Benefits with Risk of Homelessness among Veterans - Edens - 2011 - *The American Journal on Addictions* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1521-0391.2011.00166.x>
 96. Liu M, Luong L, Lachaud J, Edalati H, Reeves A, Hwang SW. Adverse childhood experiences and related outcomes among adults experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* nov 2021;6(11):e836-47.
 97. Chapitre 1. Prévalence et définition du trouble du stress post-traumatique | Cairn.info [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/psychotherapies-pour-trouble-stress-post-traumatique--9782100836451-page-5?lang=fr>
 98. Richard-Devantoy S, Jollant F. Conduites suicidaires de la personne âgée : état des connaissances. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 sept 2024;24(143):269-78.
 99. Castaneda R, Lifshutz H, Galanter M, Franco H. Age at onset of alcoholism as a predictor of homelessness and drinking severity. *J Addict Dis.* 1993;12(1):65-77.

100. Koegel P, Burnam MA, Farr RK. The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders Among Homeless Individuals in the Inner City of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 1988;45(12):1085-92.
101. Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults - PubMed [Internet]. [cité 23 janv 2025].
102. Hwang SW, Gogosis E, Chambers C, Dunn JR, Hoch JS, Aubry T. Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. déc 2011;88(6):1076-90.
103. Shortt SED, Hwang S, Stuart H, Bedore M, Zurba N, Darling M. Delivering primary care to homeless persons: a policy analysis approach to evaluating the options. *Healthc Policy Polit Sante*. août 2008;4(1):108-22.
104. Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health*. févr 1997;87(2):217-20.
105. Faire des économies avec la remise en logement ? Une comparaison des coûts avec ceux du sans-chef-soirisme [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: https://journals.openedition.org/brussels/7283?utm_source=chatgpt.com
106. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey - PMC [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3148004/>
107. Jasim S. Outreach and Engagement in Homeless Services: A Review of the Literature. *AACE Clin Case Rep*. févr 2021;7(1):1.
108. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sci Soc Santé*. 2008;26(3):5-34.
109. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Grande Précarité et troubles psychiques - Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques
110. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006 - Sun Sun, Robert Irestig, Bo Burström, Ulla Beijer, Kristina Burström, 2012 [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494811435493>
111. Revue gériatrique 2020 personne âgée précaire.pdf.
112. Revue gériatrique 2020 personne âgée précaire suite.pdf.
113. Monfort JC, Lezy AM, Papin A, Montcel ST du. Psychogeriatric Inventory of Disconcerting Symptoms and Syndromes (PGI-DSS): validity and reliability of a new brief scale compared to the Neuropsychiatric Inventory for Nursing Homes (NPI-NH). *Int Psychogeriatr*. 1 sept 2020;32(9):1085-95.
114. Om P, Whitehead L, Vafeas C, Towell-Barnard A. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. *BMC Geriatr*. 25 avr 2022;22(1):363.

Annexe

Tableau : articles sélectionnés pour la revue de la littérature

Citation	Population	Recrutement	Données	Objectifs	Résultats principaux
Henwood et al. (2015) USA	2 groupes : 35-49 ans et > 50 ans 7076 personnes dont 44% > 50 ans	Programme PSH	Quantitatives (cohorte) et qualitatives (entretien avec le personnel)	Étudier l'efficacité des programmes de PSH chez les personnes âgées sans domicile avec des troubles mentaux sévères, comparée aux plus jeunes	Efficacité du PSH en termes de stabilité résidentielle. Perception par les soignant.es d'une préférence des résident.es âgé.es pour des logements en communauté, contrastant avec l'augmentation du temps passé en logement indépendant. Cependant, il existe un besoin d'adaptation pour répondre aux besoins de soins somatiques et aux questions de fin de vie.
Brown et Steinman (2013) USA	2 groupes : 18-49 ans et > 50 ans 560 510 personnes dont 36% > 50 ans	Services d'urgence	Cohorte	Comparaison des caractéristiques des personnes âgées et plus jeunes sans domicile utilisant les services d'urgence	Les personnes âgées ont plus souvent une assurance de santé, consultent moins pour un motif psychiatrique mais autant pour un motif addictologique (mais beaucoup moins en demande de sevrage) et plus pour une blessure. Elles sont plus susceptibles d'arriver en ambulance et d'être admises à l'hôpital.
Kimblér et al. (2015) USA	3 groupes : 18-29 ans, 30-49 ans et > 50 ans 750 personnes dont 28% > 50 ans	Centres d'hébergement	Auto-questionnaire	Comparaison des caractéristiques des personnes âgées et jeunes sans domicile arrivant dans des centres d'hébergement	Les personnes âgées ont une durée de sans domicile plus élevée, sont plus isolées, étaient plus souvent à la rue auparavant, ont une moins bonne santé, ont autant de pathologies ou d'antécédents psychiatriques, moins de prise de traitement psychiatrique, et moins d'utilisation des soins addictologiques que les plus jeunes. La durée de séjour en hébergement est corrélée au fait d'être âgé.e, d'avoir été à la rue avant et d'avoir une durée de sans domicile plus longue.
Gelberg et al. (1990) USA	2 groupes : 18-49 ans et > 50 ans 521 personnes dont 12% > 50 ans	Dans la rue, les lieux de distribution de repas, les accueils de jour et les centres d'hébergement	Entretien, examen physique et bilan sanguin	Déterminer les caractéristiques et les besoins de santé des personnes âgées sans domiciles en comparaison avec les plus jeunes	Les personnes âgées sont plus souvent isolées malgré le fait qu'elles n'ont pas plus de préférence à rester seules. Elles ont plus de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles. Pas de différence sur la santé générale perçue et le nombre de consultations dans les services de santé. Autant de symptômes psychiatriques, moins de symptômes psychotiques rapportés, autant de consommation d'alcool mais moins de drogues, autant d'idées suicidaires et d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.
Hecht et Coyle (2001) USA	2 groupes : < 55 et > 55 ans 3132 personnes dont 8% > 55 ans	Hébergements d'urgence	Entretien	Comparaison des caractéristiques selon l'âge et le genre des personnes sans domicile arrivant dans des centres d'hébergement d'urgence	Les personnes âgées ont une durée de sans domicile plus longue, ont plus de revenus, moins de consommation de drogue mais autant d'alcool, autant de problèmes de santé mentale que les jeunes. Les femmes plus âgées sont moins souvent célibataires, une durée de sans domicile plus courte, ont plus de revenus, moins de troubles d'usage de l'alcool, plus de troubles psychiatriques que les hommes âgés et la 1ère cause de SDF est l'expulsion (perte de travail chez les hommes)

Hategan et al. (2016) Canada	2 groupes : 18-49 ans et > 50 ans 1330 personnes dont 66% > 50 ans	Services d'urgence	Dossiers médicaux	Comparaison des caractéristiques des personnes âgées et plus jeunes sans domicile utilisant les services d'urgence	⅓ des personnes sans domicile se présentant aux services des urgences étaient âgées de plus de 50 ans. Cependant, ce groupe plus âgé était associé à une fréquentation moins régulière des urgences dans les 30 jours suivant une visite initiale comparativement aux plus jeunes. Seuls 18% des passages aux urgences sont pour un motif non urgent.
Gordon et al. (2012) USA	3 groupes : 18-34 ans, 35-54 ans et > 55 ans 7 235 personnes dont 6% > 55 ans	Intervention d'un case management intensif	Entretien structuré	Comparaison de la santé mentale des personnes âgées sans domicile avec les plus jeunes, avant et après un suivi par un case management intensif	Les personnes âgées ont moins de symptômes psychiatriques, moins de trouble de l'usage de substance et de l'alcool, moins d'antécédents de tentative de suicide, moins de contacts sociaux que les 2 autres groupes. Elles ont autant de problèmes de santé physique que les adultes mais plus que les jeunes. Après un an de suivi, amélioration en termes de stabilité du logement, symptômes psychiatriques addictions mais moins que chez les jeunes.
Brown RT et al. (2010) USA	2 groupes : < 50 et > 50 ans 592 personnes dont 38% > 50 ans	Programme de sensibilisation pour SDF (Project Homeless Connect)	Questionnaire	Comparaison de l'accès aux soins chez les personnes sans domicile âgées et jeunes	Les personnes âgées ont plus accès aux soins ambulatoires que les jeunes mais utilisent autant les urgences et les services d'hospitalisation. Cependant, le fait d'avoir un meilleur accès aux soins est lié au fait d'avoir une assurance, indépendamment de l'âge. Il n'est pas retrouvé de différence dans la perception de leur santé générale.
Nakonezny and Ojeda (2005) USA	2 groupes : < 50 et > 50 ans 581 personnes	Programme HOMES	Dossiers médicaux	Comparaison de l'utilisation de service de soins de santé chez les personnes sans domicile âgées et jeunes	Meilleure utilisation des services intra-hospitaliers psychiatriques et meilleure utilisation des services extrahospitaliers addictologiques chez les personnes âgées sans domicile.
Chung et al. (2018) Canada	2 groupes : 18-50 ans et > 50 ans 2148 personnes dont 22% > 50 ans	Programme Housing First	Entretien structuré	Comparaison des effets du housing first sur la stabilité du logement et la santé mentale des personnes âgées sans domicile par rapport aux plus jeunes	Les personnes âgées présentent principalement un trouble dépressif, psychotique ou addictologique. Elles ont à l'entrée du dispositif moins de symptôme de manie, TSPT, trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques, idées suicidaires importantes et de troubles addictologiques que les jeunes. Elles ont plus de maladies chroniques, ont plus accès aux soins ambulatoires sans différence dans l'utilisation des urgences. Avec le programme Housing First, il est observé une amélioration de la stabilité du logement de +44% à 2 ans, sans différence avec les plus jeunes. Cependant, il est noté une amélioration des symptômes psychiatriques, de leur sévérité et de la qualité de vie ressentie plus importante que chez les jeunes.
DeMallie et al. (1997) USA	2 groupes : < 50 et > 50 ans 900 personnes dont 10% > 50 ans	Hébergement d'urgence, accueil de jour, dans la rue	Entretien structuré	Comparaison des troubles psychiatriques chez les personnes âgées sans domicile avec les plus jeunes	Les personnes âgées déclarent une santé générale moins bonne, plus de consommation d'alcool, moins de consommation de drogue, moins de diagnostic de TSPT. Il n'y a pas de différence significative concernant les autres diagnostics psychiatriques. La majorité des personnes avec un trouble psychiatrique ont un trouble de l'usage de substance associé.

Garibaldi et al. (2005) USA	2 groupes : < 50 et > 50 ans 531 personnes dont 14% > 50 ans	Dans la rue, squat, hébergement d'urgence, lieu de distribution de repas, hébergement d'urgence, hébergement transitoire	Entretien structuré	Comparaison des besoins en santé des personnes sans domicile âgées et jeunes	Les personnes âgées ont plus de maladies chroniques, plus de pathologies psychiatriques et de troubles addictologiques que les jeunes. Elles expriment plus de besoin de soins pour la santé physique, autant pour la santé mentale et moins pour les troubles addictologiques. Elles utilisent plus les cliniques basées dans les hébergements et soins fournis à la rue que les soins hospitaliers malgré le fait qu'elles sont plus nombreuses que les jeunes à être couvertes par une assurance de santé.
Van Dongen et al. (2019) Pays-Bas	2 groupes : 18-50 ans et > 50 ans 378 personnes dont 26% > 50 ans	Hébergement d'urgence, logement transitoire, chez des proches, résidant en institution, en cours d'expulsion	Entretien structuré	Comparaison de la santé, des besoins et de l'utilisation des services de soin des personnes sans domicile âgées et jeunes	Les personnes âgées présentent plus de pathologies physiques, autant de problèmes de santé mentale, moins de consommation d'alcool et de cannabis par rapport aux jeunes. Elles sont plus isolées. Elles ont plus accès aux soins médicaux hospitaliers (mais associé au fait d'avoir plus de pathologies physiques), mais utilisent moins les soins dentaires et de santé mentale.
Abdul-Hamid W. (1997) Royaume-Uni	2 groupes : < 65 ans et > 65 ans 101 personnes dont 37% > 65 ans	Foyer d'hébergement	Entretien	Comparaison des besoins en santé des personnes âgées sans domicile par rapport aux plus jeunes	Les résident.es âgé.es ont tendance à être des occupant.es de plus longue durée. 22% des personnes âgées ont des besoins d'évaluation psychiatrique non couverts. L'étude a échoué à démontrer des différences significatives entre les deux groupes en termes de santé physique et mentale ainsi que de besoins, si ce n'est un besoin plus marqué de soins personnels et de logement pour les aîné.es. Elles ont aussi un besoin accru non significatif d'activités sociales et de sécurité, tandis qu'elles sont moins en demande de soins addictologiques.
Milaney et al. 2020 Canada	2 groupes : 18-50 ans et > 50 ans 300 personnes dont 47% > 50 ans	Foyer d'urgence et dans la rue	Entretien	Identifier les problèmes de santé et la présence de traumatismes dans l'enfance chez les personnes âgées sans domicile par rapport aux plus jeunes	La moitié des personnes âgées sont sans domicile depuis plus de 10 ans. Elles rapportent moins de traumatismes dans l'enfance, moins de problèmes de santé mentale et plus de problèmes de santé physique que les plus jeunes. Les barrières rapportées à l'accès aux soins sont les problèmes financiers, les listes d'attente et le refus de leur demande de soin.

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THÈSE DE MÉDECINE

DATE : 24 MARS 2025 **HEURE DE LA THÈSE :** 17H
LIEU & SALLE DE SOUTENANCE : FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST, SALLE DES THÈSES

Nom, prénom du candidat : Moindrot Auriane
Adresse : 38 rue Roger Salengro 69500 BRON ☎ 0698290870
Email : aurianemoindrot@gmail.com

☐ Interne Médecine générale (DES) ☒ Interne Psychiatrie (DES)

Email du Conseil de l'Ordre où vous allez vous inscrire : cd.69@ordre.medecin.fr

Titre de la thèse : Santé mentale des personnes âgées sans domicile

Analyse descriptive de la population sans domicile de plus de 50 ans suivie par une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité à Lyon au regard d'une revue de la littérature comparant la santé mentale de la population âgée et jeune sans domicile

PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

Nom, prénom & titre

Président :
Professeur Emmanuel POULET

Membres assesseurs :
Professeure Caroline DEMILY
Professeur Benjamin ROLLAND
Docteur Jean-Michel DOREY

Directeur de Thèse :
Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI

Membre invité :
Docteur Jean-Christophe VIGNOLES

VU: Président de la thèse
Pr Poulet Emmanuel



Fonction exercée et lieu d'exercice

UFR de médecine/UCBL1 :
Psychiatrie, CH Edouard HERRIOT

UFR/Ucbl1 et/ou activité & lieu d'exercice (hospitalier ou libéral)
Psychiatrie, CH Le Vinatier
Psychiatrie, CH Le Vinatier
Psychiatrie, CH Le Vinatier

Psychiatrie, CH Le Vinatier

Psychiatrie, CH Saint Jean De Dieu

Signature du candidat :



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est

Professeur Gilles RODE





DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

DATE : 24 MARS 2025

HEURE DE LA THÈSE : 17H

LIEU & SALLE DE SOUTENANCE : FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST, SALLE DES THÈSES

Nom, prénom du candidat : Moindrot Auriane

Titre de la thèse : Santé mentale des personnes âgées sans domicile

Analyse descriptive de la population sans domicile de plus de 50 ans suivie par une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité à Lyon au regard d'une revue de la littérature comparant la santé mentale de la population âgée et jeune sans domicile

Rapport du Président de la thèse

Dans son travail de thèse, Mme Moindrot Auriane s'est intéressée à deux problématiques conjointes peu étudiées sous cet angle : la prévalence et la typologie des personnes âgées en situation de précarité en terme de troubles psychiatriques et addictologiques. Elle a mis en place un travail très bien structuré couplant une analyse de la littérature et une analyse descriptive sur une population de 272 patients pris en charge par interface SDF sur notre territoire.

Elle présente un travail de qualité sur le plan méthodologique avec des résultats très complets et une discussion objective des données et des limites qui pourra faire l'objet d'une publication de par l'originalité du travail.

Elle démontre ici ses qualités cliniques, et son intérêt pour la psychiatrie de la personne âgée et ses spécificités offrant ainsi des pistes de réflexion pour l'amélioration de la prise en compte de ces patients.

Il s'agit donc d'un travail très intéressant. Le texte présenté par Mme Moindrot peut par conséquent être soumis sans réserve au jury de la faculté pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine.

Lyon, le 12 02 2025

Le Président de la thèse,
Poulet Emmanuel



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES DE MEDECINE (TOUTES SPECIALITES)
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – LyonEstResp3eCycleMedGen@univ-lyon1.fr

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

Nom, prénom du candidat : Moindrot Auriane
☐ Interne Médecine générale

N° d'étudiant : 12026476
☒ Interne Psychiatrie

Titre de la thèse : Santé mentale des personnes âgées sans domicile

Analyse descriptive de la population sans domicile de plus de 50 ans suivie par une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité à Lyon au regard d'une revue de la littérature comparant la santé mentale de la population âgée et jeune sans domicile

**Président de thèse (nom, prénom et UFR) : Professeur Poulet
Emmanuel, UFR Médecine Lyon Est**

LUTTE CONTRE LE PLAGIAT : DECLARATION SUR L'HONNEUR

- Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 & suivants du Code de la Propriété Intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la Loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,
- Ayant été avisé(e) que le Président de l'Université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,
- Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'Université,

J'atteste sur l'honneur ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existant(e)s, à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main :

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encaisserais en cas de déclaration erronée ou incomplète.

CONCLUSIONS

Contexte :

Il existe un lien bidirectionnel entre précarité et santé mentale. Les personnes âgées sans domicile présentent des prévalences importantes de pathologies psychiatriques et addictologiques. Cependant, peu d'études se sont intéressées à la santé mentale de cette population. Devant le vieillissement de la population, il devient nécessaire de s'en préoccuper. Les personnes sans domicile présentent un vieillissement prématuré avec des pathologies gériatriques vingt ans plus tôt que la population générale et une mortalité précoce. De ce fait, une personne sans domicile est considérée comme âgée dès 50 ans. L'accès aux soins reste un défi majeur pour cette population et les Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP) ont été créées dans le but « d'aller vers » et de rendre le soin psychiatrique accessible pour des personnes qui en sont exclues.

Objectifs :

Une revue de la littérature comparant les caractéristiques socio-démographiques, de santé mentale et d'accès aux soins de la population âgée et jeune sans domicile ainsi qu'une analyse descriptive d'une population de plus de 50 ans sans domicile à Lyon souffrant de pathologies psychiatriques suivie par une EMPP ont été réalisées. L'objectif est de mieux comprendre les spécificités de cette population, les enjeux de santé mentale auxquels cette population fait face et leur utilisation des services de soin. Ceci permettrait d'adapter au mieux la prise en charge de cette population particulièrement vulnérable.

Méthode :

Revue de la littérature : La recherche des articles a été réalisée à l'aide de PubMed et de Google Scholar, en utilisant l'équation de recherche suivante : (mental health) AND (homeless) AND (older adult). Les articles sélectionnés, rédigés en anglais, ont été choisis après une analyse précise des titres, résumés, puis du texte intégral. La recherche a permis d'identifier 146 articles portant sur le sujet. Après un tri rigoureux, 15 articles comparant les populations âgées et jeunes sans domicile, notamment en termes de santé mentale, ont été inclus dans l'analyse. Le seuil d'âge varie selon les études (50, 55 ou 65 ans).



Analyse descriptive : Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique décrivant les caractéristiques socio-démographiques, les troubles psychiatriques et addictologiques, les comorbidités, l'utilisation des services de soin et la prise en charge des personnes sans domicile de plus de 50 ans suivies par InterfaceSDF (EMPP de Lyon). Nous avons également comparé ces données entre deux groupes : les personnes de plus de 65 ans et celles de moins de 65 ans. Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques comparatives (Khi-2). La population source est constituée d'un total de 843 patient.es issues de la file active de l'équipe d'InterfaceSDF, c'est-à-dire vivant dans le secteur de la métropole de Lyon, ayant eu au moins une consultation avec l'équipe d'InterfaceSDF entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 et étant sans domicile au moment de la première consultation. L'étude a exclu 571 patient.es selon les critères suivants : les patient.es de moins de 50 ans, ayant refusé le premier entretien et les personnes dont les données n'ont pas été recueillies. Nous avons finalement retenu 272 patient.es dans l'analyse et les données ont été extraites de leurs dossiers médicaux.

Résultats :

Revue de la littérature : En comparaison avec les personnes plus jeunes, les personnes âgées sans domicile sont plus souvent des hommes caucasiens, isolés socialement et sans emploi. Elles présentent une moins bonne santé générale. Les données concernant le niveau d'éducation, les revenus, la couverture d'assurance maladie et la durée de l'épisode sans domicile divergent selon les études. Sur le plan de la santé mentale, la prévalence des pathologies psychiatriques est identique ou légèrement inférieure pour les personnes âgées, en comparaison aux plus jeunes. En regardant plus précisément les diagnostics, on retrouve moins de troubles psychotiques mais des résultats divergent concernant les autres diagnostics. Concernant les consommations de toxiques, on remarque systématiquement moins de consommation de substances illicites et une consommation variable d'alcool mais plus faible dans les études récentes chez les personnes âgées par rapport aux plus jeunes. Les besoins en santé mentale sont importants et souvent peu satisfaits. Les personnes âgées sont autant en demande de soins en santé mentale que les plus jeunes mais nettement moins en demande pour les problématiques addictologiques. L'accès aux soins reste un enjeu majeur pour cette population, bien que les données ne soient pas claires en comparaison aux plus jeunes. On ne retrouve cependant pas d'utilisation accrue des services de soin ainsi que des urgences par rapport aux jeunes malgré une santé plus fragile. Concernant l'accès au logement, les personnes âgées restent plus longtemps dans les

hébergements d'urgence et bénéficient des programmes tels que le « housing first » avec une stabilité du logement et une amélioration des symptômes psychiatriques plus importante que pour les plus jeunes.

Analyse descriptive : Les personnes de plus de 50 ans suivies par InterfaceSDF présentent les caractéristiques suivantes : ce sont majoritairement des hommes (69,5%), entre 50 et 70 ans (93%), isolés socialement (8,1% sont en couple ou mariées, 31,2% n'ont pas d'entourage familial et 27,9% n'ont aucun contact avec leur famille) et sans emploi (70%). Les personnes suivies par InterfaceSDF sont principalement réparties entre les centres d'hébergement et de réinsertion sociale / centres d'hébergement d'urgence (45,6%) et la rue (42,6%). La durée de l'épisode sans domicile est variable, mais très peu de personnes sont sans domicile depuis peu lors du début de la prise en charge (1,5% depuis moins d'un mois). La première cause rapportée de l'épisode de sans domicile est la maladie psychiatrique (24,6%). Concernant la santé mentale, 32,7% ont un diagnostic de trouble psychotique, 34,2% de trouble dépressif, 22,8% de trouble de la personnalité, 16,5% de trouble anxieux, 8,5% de trouble de stress post-traumatique et 3,3% de trouble bipolaire. De plus, 10,7% des personnes âgées sans domicile ont présenté des idées suicidaires au cours de leur suivi à InterfaceSDF et 9,6% ont un antécédent de tentative de suicide. Concernant l'usage de substance, on retrouve une consommation de tabac chez 43% des personnes, d'alcool chez 37%, de cannabis chez 11%, d'opioïdes ou traitement de substitution chez 7%, de médicaments chez 6%, de cocaïne chez moins d'1% des personnes. La majorité des patient.es rapporte une comorbidité physique et on retrouve la notion de trouble neurocognitif chez 21% des personnes suivies. Seule la moitié des personnes suivies (51,8%) utilise les services de santé en dehors des urgences.

Concernant le suivi à InterfaceSDF, la moitié des personnes suivies n'a aucun traitement psychiatrique prescrit. 19,1% des personnes ont été hospitalisées en psychiatrie au cours de leur suivi, 17,3% pour des soins somatiques et aucune hospitalisation n'a eu lieu en addictologie. On identifie une difficulté à initier les soins avec 19,5% des personnes ne bénéficiant que d'une seule consultation. De plus, 47,1% des personnes rencontrées par l'équipe soignante ont été perdues de vue ou ont refusé le suivi. A contrario, 15,8% des personnes bénéficient d'un suivi pour une durée excédant 5 ans et les orientations de suivi psychiatrique sont difficiles, avec seulement 19,1% d'entre elles orientées vers le secteur psychiatrique (en ambulatoire ou en hospitalisation) et 3,7% vers un médecin généraliste. Concernant leur devenir social,



28% des patient.es vivaient au même endroit à la fin du suivi ou de l'étude. 5,1% des personnes ont accédé à une résidence senior ou un EHPAD, 3,3% à « Un Chez Soi d'Abord » et 4,4% à un logement autonome.

En comparant les données des personnes de plus de 65 ans à celles des personnes de moins de 65 ans, on retrouve un plus grand isolement chez les plus âgées. Au sujet des diagnostics psychiatriques, sont rapportés plus de troubles délirants persistants et moins de troubles dépressifs ou anxieux. En revanche, on retrouve autant de diagnostics de troubles schizophréniques ou schizo-affectifs, de troubles bipolaires, de troubles dépressifs, de TSPT et de troubles de la personnalité. On ne retrouve pas de différence significative en termes d'idées suicidaires exprimées ou d'antécédents de tentative de suicide entre les plus et moins de 65 ans. Deux fois plus de troubles cognitifs sont constatés chez les plus de 65 ans par rapport aux moins de 65 ans (35% contre 17%). A noter également l'absence quasi totale de consommation de drogues illicites chez les plus de 65 ans. On ne retrouve pas de différence significative concernant les consommations d'alcool entre les deux groupes. Les plus de 65 ans utilisent autant les services d'urgences pendant le suivi mais moins les services de santé en dehors des urgences (38,3% contre 55,7%). Il n'est pas retrouvé de différence significative concernant le reste des données.

Discussion :

Les personnes âgées sans domicile présentent des prévalences élevées de pathologies psychiatriques, addictologiques et physiques. En dépit de certains résultats contradictoires, l'analyse des données de la littérature permet les conclusions suivantes : dans l'ensemble peu de différences sont constatées au sujet des diagnostics psychiatriques entre les populations sans domicile adultes et plus âgées. En revanche ces dernières présentent moins de comorbidités addictologiques, et plus de pathologies physiques. Certaines études retrouvent des taux plus faibles de troubles psychiatriques chez les personnes âgées comparées aux plus jeunes, ceci pourrait être expliqué par l'atypicité des symptômes psychiatriques chez les personnes âgées, une moins bonne perception de leurs besoins, une mortalité précoce des personnes sans domicile avec des pathologies psychiatriques sévères ou une institutionnalisation des personnes vieillissantes avec des pathologies psychiatriques sévères. Malgré des taux importants de pathologies psychiatriques et addictologiques chez les personnes sans domicile, les personnes âgées semblent exprimer moins de demande de soins au regard des besoins réels constatés, notamment au sujet des troubles addictologiques.



Ces résultats sont inquiétants et questionnent sur la présence de troubles plus ancrés, sur une absence de volonté de se soigner chez les personnes âgées ou sur un renoncement à se soigner avec une acceptation de la mort.

Cependant, la population de personnes sans domicile de plus de 50 ans n'est pas homogène. On peut distinguer les personnes âgées sans domicile depuis de nombreuses années présentant des pathologies psychiatriques anciennes et les personnes âgées récemment sans domicile, ayant eu un logement stable pendant une partie importante de leur vie et présentant moins de vulnérabilités, notamment en termes de troubles addictologiques et psychiatriques. Une autre catégorisation est possible en fonction de l'âge, permettant de distinguer les personnes âgées de plus de 65 ans, minoritaires du fait d'une mortalité précoce, des personnes âgées « jeunes », de 50 à 65 ans. Cette dernière catégorie présente un vieillissement prématuré et des pathologies gériatriques, mais ne peut prétendre à l'accès aux droits des personnes âgées, notamment en termes de retraite et d'accès aux EHPAD. Avec l'avancée en âge, les besoins de soins de santé augmentent. On retrouve néanmoins des difficultés d'accès aux soins semblables voire plus importantes pour les personnes âgées que pour les personnes plus jeunes. Ceci soulève la question des barrières à l'accès aux soins (transport, finances, absence d'assurance maladie, isolement social, limitations fonctionnelles, troubles neurocognitifs précoces, complexité du système de soin, stigmatisation, méfiance envers les soins). Ces constats mettent en lumière la nécessité du développement d'équipes faisant de "l'aller vers" pour ce public rarement en demande de soins et l'importance de la flexibilité et de l'adaptabilité des dispositifs leur étant dédiés, afin de créer une alliance thérapeutique et de les aider à intégrer un parcours de soin.

Concernant l'accès aux logements, les personnes âgées restent plus longtemps dans les logements d'urgence, soulevant la question de la difficulté à accéder à un logement par la suite, possiblement à cause d'une plus grande vulnérabilité ou de discriminations liées à l'âge. Contrairement à certains stéréotypes sociaux, les personnes âgées sans domicile n'ont pas de préférence pour les logements en collectivité et les études de « Housing First » montrent un bénéfice supérieur de logements autonome avec un accompagnement adéquat dans cette population. Une diversification des possibilités de logement apparaît nécessaire.



Principales forces et limitations de l'étude :

Ses limites : concernant la revue de la littérature, les études sont très hétérogènes avec des populations variées, la majorité des articles n'a qu'une faible proportion de personnes âgées étudiées et les données sont basées sur les déclarations des personnes, pouvant entraîner une sous-estimation des troubles. Concernant l'étude de la population suivie par InterfaceSDF, les données sont parcellaires (importance des données manquantes) et extraites de dossiers médicaux (rétrospectif, données non standardisées). De plus, la population n'est pas représentative de l'ensemble de la population sans domicile en France (notamment en zone rurale et semi-rurale), n'inclut pas les personnes invisibles à la rue (non connues par le SAMU social, ou refusant tout suivi), ni les populations migrantes.

Ses forces : l'originalité du sujet, l'absence de données préexistantes en France, des notions déduites susceptibles de faire l'objet d'études ultérieures et des implications cliniques concrètes.

Le Président de la thèse,
Pr Poulet Emmanuel



Vu :
Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 14 FEV. 2025

Santé mentale des personnes âgées sans domicile

Auriane MOINDROT

RÉSUMÉ :

Les personnes âgées sans domicile présentent des prévalences importantes de pathologies psychiatriques et addictologiques. Cependant, peu d'études se sont intéressées à la santé mentale de cette population. Devant un vieillissement prématuré et une mortalité précoce, une personne sans domicile est considérée comme âgée dès 50 ans.

Cette étude est composée d'une revue de la littérature comparant les caractéristiques socio-démographiques, de santé mentale et d'accès aux soins de la population âgée et jeune sans domicile et d'une analyse descriptive d'une population de plus de 50 ans sans domicile suivie par une EMPP à Lyon, en comparant les caractéristiques des personnes de moins et plus de 65 ans. L'objectif est de mieux comprendre les spécificités de cette population, les enjeux de santé mentale auxquels cette population fait face et leur utilisation des services de soins afin d'envisager des perspectives de recherche et des pistes d'amélioration pour la prise en charge de cette population particulièrement vulnérable.

MOTS-CLÉS : Santé mentale ; Pathologie psychiatrique ; Accès aux soins ; Sans domicile ; Sans-abris ; Exclusion sociale ; Personne âgée ; Vieillesse prématurée

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet
Membres :	Madame la Professeure Caroline Demily
	Monsieur le Professeur Benjamin Roland
	Monsieur le Docteur Jean-Michel Dorey
	Monsieur le Docteur Pierre-Luc Podlipski
	Monsieur le Docteur Jean-Christophe Vignoles

DATE DE SOUTENANCE : 24 mars 2025