



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Année 2019

Thèse n° 59

**Conduites suicidaires
chez les personnes adultes sans-abri
Une revue de la littérature**

Thèse d'exercice en Médecine

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 6 Mai 2019
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Pierre JANNEL, né à Bourg en Bresse, le 19 décembre 1983

Sous la direction du Docteur **Edouard LEAUNE**
Assistant - Chef de Clinique en psychiatrie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière Roy	Olivier Pascal	Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vanhems Vukusic	Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Philippe Sandra	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Collardeau Frachon Crouzet Cucherat	Justine Loïc Alain Roland Barbara Gautier Sophie Sébastien Michel	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Anatomie et cytologie pathologiques Urologie Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Hématologie ; transfusion
Dargaud David Di Rocco Dubernard Dubourg Ducray Fanton Fellahi Ferry Fourneret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Levrero Maucort Boulch	Yesim Jean-Stéphane Federico Gil Laurence François Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Massimo Delphine	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Physiologie Neurologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Poulet	Philippe Antoine Olivier Serge Noël Jean-Christian Gilles Emmanuel	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Psychiatrie d'adultes ; addictologie

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 digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maitres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

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 des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent 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 hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Emmanuel Poulet d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse et pour son accueil lors de mon premier semestre d'internat, durant lequel j'ai apprécié sa vision moderne et enthousiasmante de la psychiatrie. Le choix de ce sujet de thèse s'est fait bien après mais cette expérience au Pavillon N l'a certainement encouragé.

Je remercie le Professeur Thierry Damato pour les souvenirs de son tour médical au pôle Est, pour son écoute et son implication pour la formation des internes.

Je remercie le Professeur Nicolas Franck dont l'engagement contagieux pour le rétablissement des personnes souffrant d'un trouble psychique sévère a su donner un second souffle à mon parcours d'internat et une réelle motivation pour ma pratique future.

Merci au Docteur Edouard Leaune pour l'inspiration et la supervision de ce travail de thèse, dont je ne soupçonnais pas la difficulté. La pertinence de ton point de vue sur les questions de psychiatrie sociale, la bienveillance de ton écoute et ta disponibilité m'ont permis d'accomplir ce travail. J'espère que nous continuerons à échanger sur ce sujet et d'autres.

L'exercice de la dédicace est une figure de style sympathique, mais qui fait encourir le risque d'oublier de citer certains de ceux qui me sont chers : je commencerai donc par saluer tous mes compagnons de route.

Je remercie ma famille, ma mère bien sûr pour commencer, qui a su m'accompagner de Saint-Jean à Grange Blanche, mon père dont je partage désormais la vocation et celle des Docteurs Jannel qui l'ont précédé, mes sœurs Hélène et Camille dont je salue les innombrables qualités sans profiter de l'occasion pour citer leurs quelques défauts. Je dédie ce travail à mes grands-parents, à Mons, au cambouis et aux pots de confiture. Je pense aussi à Thomas, Louise, Arthur et Juliette et à leur (très bon) caractère. Sans oublier ma grande famille sud-américaine.

Je ne serai sans doute pas qui je suis sans Anna avec qui nous partageons désormais plus que quelques années de vie commune. A notre Alix et à Bientôt. Merci pour ton amour, ton sens du rangement et de la mise en page dont l'art continue à m'échapper, mais je soupçonne que ce soit pour renforcer notre complémentarité.

Je remercie aussi ma formidable belle-famille pour leur présence, leur soutien, leurs talents culinaires, qui je l'espère encore se révéleront un jour chez votre fille aînée.

Toutes les « pioles » se reconnaîtront, Cédric avec qui nous nous supportons mutuellement depuis la maternelle, Sophie et ses assortiments, Grégoire dont les innombrables vertus mériteraient un paragraphe à elles seules, Ben qui a quant à lui été officiellement convié à la soutenance de cette thèse, Axelle, Nelly et Mat... Aux amis du Celsa, avec une pensée spéciale pour Gaëlle, Gustavo et les poteaux de Bagnolet. A celles et ceux d’Audencia, Momo et Pinto. Aux amis de médecine, Simon, Juliana, Thierry, Miss Guinguette, Charlotte, Brice, Bilou, Boris et tous les membres de la vénérable « Amicale du sphincter », les Erasmus. A mes chers co-internes, aux copains et aux « Mafieux » de la psychiatrie. Aux Camarades.

Je remercie enfin les collègues, confrères et maîtres qui ont partagé leurs connaissances, leur art de la médecine et de la psychiatrie, notamment les Docteurs Hélène Misson, Frédérique Plet, Henri Janas et évidemment Brice Martin pour ce que j’ai pu apprendre à leur côté.

A l’instar de cette revue, cette liste n’est ni exhaustive ni systématique.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
TABLE DES MATIERES	11
LISTE DES ABBREVIATIONS	13
RESUME	14
INTRODUCTION GENERALE	16
1) CONTEXTE ET DEFINITIONS	16
a) Conduites suicidaires.....	16
b) Hétérogénéité de l'exposition au « sans-abrisme ».....	17
c) Enjeux de la prévention des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.....	20
2) PROBLEMATIQUE	22
a) Des données insuffisantes.....	22
b) Objectifs de cette revue de la littérature	23
3) METHODOLOGIE.....	24
a) Identification des articles	24
b) Sélection des articles.....	25
RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	27
1) INCLUSION DES ARTICLES : <i>FLOWCHART</i>	27
a) Design des articles retenus	27
b) Critères d'exposition des populations.....	28
c) Caractérisation des <i>outcomes</i>	29
2) ESTIMATIONS QUANTITATIVES DES <i>OUTCOMES</i>	29
a) Mortalité par suicide	29
b) Prévalence des antécédents de tentatives de suicide	30
c) Prévalence des idées suicidaires	31
d) Prévalence d'un risque suicidaire actuel caractérisé	32
e) Evocation des lésions auto-infligées	32
3) EVALUATION DES INTERVENTIONS SUR LA PREVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES PERSONNES SANS-ABRI.....	33
a) Caractérisation des études interventionnelles de notre revue	33
b) Impact des interventions sur la mortalité intentionnelle	33
c) Impact des dispositifs <i>housing first</i> sur la prévalence des conduites suicidaires	34

DISCUSSION	35
1) SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	35
a) Estimation de la prévalence des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri	35
b) Intérêt de ces résultats principaux et éléments complémentaires	36
c) Efficacité des dispositifs d'accompagnement sur la prévention des conduites suicidaires	38
2) LIMITES DES PRINCIPAUX RESULTATS	39
a) Limites en rapport avec l'hétérogénéité des <i>outcomes</i>	39
b) Limites en rapport avec l'hétérogénéité des populations décrites	40
c) Cofacteurs de risque et facteurs de confusion	42
3) SPECIFICITES DU PROCESSUS SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES SANS-ABRI.....	45
a) Une relative homogénéité des résultats	45
b) Spécificités de l'exposition au sans-abrisme pour l'étude du processus suicidaire.....	45
c) Interdépendance des facteurs de risque d'exposition au sans-abrisme et de prévalence de conduites suicidaires.....	47
4 DIFFICULTES DU RECUEIL DES DONNEES DE MORBIMORTALITE DES SANS-ABRI EN FRANCE ...	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	58
Annexe 1 - Version française du module d'évaluation du risque suicidaire de la 5ème version de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)	58
Annexe 2 - Typologie européenne du « sans-abrisme » et de l'exclusion liée au logement : ETHOS59	
Annexe 3- Flowchart : sélection des articles « conduites suicidaires et sans-abrisme »	61
Annexe 4 - Tableau 1 : Principales caractéristiques des articles sélectionnés dans le cadre de la revue conduites suicidaires chez les personnes sans abri	62
Annexe 5- Tableau 2 : Taux de Mortalité par suicide et de cause inconnue chez les personnes exposées au sans-abrisme	65
Annexe 6- Tableau 3 : Prévalence des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide chez les personnes exposées au sans-abrisme	67
Annexe 7- Tableau 4 : Prévalence du risque suicidaire actuel, de modéré à élevé, selon la grille MINI chez les personnes exposées au sans-abrisme	69
Annexe 8 : Schéma d'interdépendance des facteurs de risque d'exposition au sans-abrisme et de prévalence de conduites suicidaires	70

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACT *Assertive Community Treatment*

ASI *Addiction Severity Index*

CépiDcInserm Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm

DALO Droit au Logement Opposable

DS Décès par Suicide

ETHOS *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*

FEANTSA Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abris

IC Intervalle de Confiance

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IS Idéation Suicidaire

HR *Hasard Ratio*

LD Logement D'abord

MCSI *Modified Colorado Symptom Index*

MINI *Mini International Neuropsychiatric Interview*

ONS Observatoire National du Suicide

OR *Odds Ratio*

PRISMA *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RS Risque Suicidaire

SDF Sans Domicile Fixe

SDV *Self-Directed Violences*

SMR *Standardized Mortality Ratio*

TAU *Treatment As Usual*

TS Tentative de Suicide

TH Traitement Habituel

RESUME

Contexte. Une population pour laquelle la suicidologie développe un intérêt est celle qu'on qualifie dans ce travail de « sans-abri ». Les facteurs de risque démographiques, sociologiques et cliniques qu'on retrouve chez cette population justifient l'intérêt de mieux identifier, quantifier et comprendre les conduites suicidaires chez ces personnes qui subissent un niveau extrême de précarité.

Objectifs. L'objectif principal de cette revue de la littérature scientifique est de quantifier et caractériser les conduites suicidaires qui comprennent : le suicide, les antécédents de tentatives de suicide (TS), la prévalence des idées (IS) et du risque (RS) suicidaires, survenant chez les personnes exposées au sans-abrisme. Ce travail vise aussi à évaluer l'efficacité des mesures de prévention des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.

Méthode. Une revue de la littérature scientifique a été conduite pour investiguer les conduites suicidaires et identifier des stratégies de prévention du suicide chez les personnes sans-abri. En Août 2018, nous avons recherché sur les bases de données MEDLINE, SCOPUS et PSYCINFO les articles publiés depuis le 1er Janvier 1973 traitant des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri. Les sous-populations spécifiques d'anciens militaires américains ainsi que les enfants ou adolescents sans-abri ont été exclues de cette recherche compte tenu de travaux spécifiques les concernant. Nous avons inclus les articles originaux traduits en langue anglaise incluant un minimum de cent individus exposés au sans-abrisme, qui contenaient une estimation quantitative standardisée des conduites suicidaires : d'une part les suicides ou les décès inexpliqués formulés en ratios de mortalité, d'autre part les taux de prévalence de TS, IS, RS ou de lésions auto-infligées (« *selfharm* ») exprimés en pourcentage.

Résultats. 36 études observationnelles et 4 études interventionnelles ont été incluses dans cette revue. 4 de ces articles formulent une estimation standardisée par rapport au sexe et à l'âge des suicides comparée à une population générale de référence. Les estimations significatives de ces SMSR (Standardized Mortality by Suicide Ratio) ou HR (Hasard Ratio) vont de 1.9 (IC95%=1.5-2.5) à 14.2 (95%IC=9.2–20.9). 43% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir réalisé une TS au cours de leur vie répondent positivement ; 39,7% des personnes sans-abri interrogées sur le fait d'avoir eu des IS au cours du dernier mois répondent affirmativement (moyennes pondérées par l'effectif des études ; 34% des personnes sans-abri étaient considérées d'après leurs déclarations comme ayant un RS actuel modéré à élevé.

Les études interventionnelles de type *housing first* (Logement d'abord) n'apportent pas de résultat significatif en termes du suicide. Cependant, ces quelques essais cliniques randomisés montrent de façon homogène une décroissance du taux d'IS entre le moment de l'inclusion et le suivi à 6 mois, 1 an et 2 ans, décroissance d'importance comparable dans les groupes *housing first* et témoin (suivi dans le cadre d'un traitement habituel).

Discussion. Les études de mortalité des personnes sans-abri méritent d'être actualisées à l'échelle locale, en prenant en compte la part des morts inexplicables, afin de mieux évaluer l'ampleur du suicide chez les personnes sans-abri. En effet, la prévalence des conduites suicidaires apparaît globalement plus importante (environ dix fois supérieure) chez les sans-abri que dans la population générale, notamment les IS et les TS, d'où un RS plus élevé chez cette population. Ces marqueurs de souffrance psychique doivent être détectés et considérés comme des enjeux cliniques et sociologiques au sein de cette population extrêmement précaire. Cependant, il est difficile d'affirmer, compte tenu de l'hétérogénéité des études, de la faible puissance statistique de la plupart d'entre elles vis-à-vis de la fréquence des événements étudiés, de la prévalence des cofacteurs et de l'absence de méta-analyse, que l'exposition au sans-abrisme est un facteur de risque indépendant de passage à l'acte suicidaire. Le sur-risque observé peut aussi être considéré comme une résultante des cofacteurs démographiques, cliniques (comorbidités somatiques psychiatriques et addictives notamment) et sociologiques (précarité, faible support et faibles facteurs protecteurs).

INTRODUCTION GENERALE

1) CONTEXTE ET DEFINITIONS

a) Conduites suicidaires

La suicidologie, terme proposé officiellement par Edwin S. Shneidman, se définit comme « l'étude scientifique du suicide et plus largement des comportements autodestructeurs »¹. Cette discipline observe les circonstances de ces comportements ou conduites suicidaires au sein de sous-populations spécifiques, définies par des catégories sociales, professionnelles (par exemple le suicide au travail), démographiques (le suicide chez les adolescents ou les personnes âgées), culturelles ou en fonction de facteurs de risque sanitaires identifiés (les comorbidités psychiatriques ou addictologiques notamment). L'intérêt de ces approches, à la croisée de la sociologie et de la psychologie, mettant en tension le fait social et la psychopathologie individuelle, est de faire émerger une meilleure compréhension de la conduite suicidaire.

Les conduites suicidaires comprennent : les suicides ; les tentatives de suicide (TS), les idées de suicide (IS) et les équivalents suicidaires².

Le suicide est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie, entraînant le décès. Pour Durkheim, il s'agit de « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer »³. Le suicidé désigne la personne qui s'est donné la mort volontairement.

La TS décrit les gestes intentionnels d'une personne pour atteindre à sa vie. Ce sujet est dit « suicidant ».

Les IS correspondent à la pensée de se donner la mort, à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort qu'il soit passif ou actif, chez une personne dite « suicidaire ».

Les antécédents de TS et la prévalence des IS sont des facteurs de risque de passage à l'acte ou de conduites suicidaires. Leur combinaison, associée à d'autres facteurs qualitatifs comme la présence d'un scénario suicidaire, témoigne de l'augmentation du risque suicidaire (RS) ou « suicidality », risque mesuré à l'aide d'échelles d'entretiens structurés comme la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), cf **Annexe 1**.

Enfin, d'autres comportements peuvent s'apparenter à des conduites suicidaires en « mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience »². Ces lésions auto-infligées ou « *selfharm* » peuvent prendre la forme d'ingestion de substances, de mutilations ou de scarifications, sans être nécessairement considérées comme des TS, s'apparentant à la notion « d'équivalent suicidaire² ».

L'ensemble de ces conduites s'inscrivent dans un véritable processus suicidaire, comportant en général une recherche de solutions, qui, lorsqu'elles sont dépassées, conduisent à l'apparition d'idées, de scénarios, puis de comportements qui constituent la crise ou la menace suicidaire.

Cette compréhension du processus suicidaire permet aussi de mettre en œuvre des programmes d'intervention qui structurent les pratiques soignantes en visant à prévenir le risque de suicide, en fonction du niveau de risque identifié.

« Le suicide est alors un événement évitable qui constitue un enjeu de santé publique » d'après l'Observatoire National du Suicide (ONS)⁴.

Le troisième rapport de l'ONS rappelle que le suicide reste une des premières causes de mortalité évitable : « en France métropolitaine, en 2014, 8885 décès par suicides ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie parmi les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDCInserm).

Toutefois, ce chiffre sous-estimerait de 10% les décès par suicide, portant ce nombre à près de 10000⁴. Le taux de mortalité par suicide y est estimé à 25.3 pour 100000 personne-années pour les hommes et 8 pour 100000 personne-années pour les femmes.

b) Hétérogénéité de l'exposition au « sans-abrisme »

Une population pour laquelle la suicidologie développe un intérêt est celle qu'on qualifie dans ce travail de « sans-abri ».

Comme le note une conférence de consensus, « les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. »⁵.

Quelques éléments de définition préliminaires semblent importants pour expliquer ce choix du terme sans-abri qui résulte d'une simplification, dans un contexte francophone ou le terme employé diffère selon les époques et les pays, comme l'illustrent les multiples désignations courantes qui

peuvent y faire allusion : sans domicile fixe (SDF), sans logement, vagabonds, clochards, itinérants, etc.

Pour P. Pichon, l'acronyme français SDF « n'est pas seulement une catégorie juridico-administrative que les politiques sociales auraient réhabilitée et qui se serait étendue au langage courant. Il est plus que cela, car il a cristallisé un ensemble de représentations et participé à la construction d'une nouvelle identité sociale, négative mais banale...Le phénomène SDF apparaît comme le produit de ce processus et la figure du SDF est devenue, dans toutes les métropoles françaises, le symbole de l'échec de l'intégration des personnes démunies et isolées »⁶.

Cette dénomination SDF apparue en France au cours des années 90 et perdurant, qui s'écarte de la figure sempiternelle et parfois poétique du vagabond, est donc une construction sociale. Ce terme apparaît dans un contexte économique particulier et fait allusion aux difficultés de l'Etat-Providence à prévenir les situations de grande « précarité », terme qui se définit par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités leur permettant d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁷.

Au Québec, le terme « itinérant » est l'appellation la plus courante.

En Belgique, le terme de « sans-abri » est l'appellation officielle utilisée pour nommer ceux qui n'ont ni adresse de référence pour avoir droit à l'aide sociale, ni lieu permanent où loger et mener une vie digne, définition se rapprochant de celle que nous employons dans cette thèse.

Le travail de définition du sans-abrisme de la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abris), créée en 1989 pour venir en aide aux sans-abri, a vocation à améliorer la compréhension, la mesure, et la comparaison de ce phénomène au niveau européen. Cette fédération considère que la notion de logement renvoie à des aspects de sécurité physique, sociale et légale : la privation d'un seul d'entre eux constituerait une forme d'exclusion.

Le domaine physique renvoie au droit d'avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement.

Dans le domaine social, le logement permet d'occuper un lieu de vie privé pour entretenir des relations.

Dans le domaine légal, il constitue un titre d'occupation.

La typologie ETHOS (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*)⁸, reportée en **Annexe 2** définit 13 catégories de mal-logement qui s'articulent autour de quatre types de situations:

- occuper un logement inadéquat ou indigne (vivre dans des caravanes, des sites illégaux),
- occuper un logement précaire (subir des menaces d'expulsion, des violences au domicile),
- être sans logement (avoir un abri provisoire par exemple en foyer d'hébergement),
- enfin être à proprement parler sans abri (c'est-à-dire « à la rue »).

Notre emploi du terme sans-abri regroupe ces quatre types de situations de mal-logement, bien que les situations d'absence de logement et d'absence d'abri semblent être les plus couramment décrites.

Dans ce travail de thèse, nous considérons que le terme « sans-abri » s'applique par extension à toute personne exposée à une situation d'exclusion liée au logement et notamment sans domicile. Ce critère d'exposition semble se superposer au terme « *homeless* » que l'on retrouve dans la littérature anglophone. En effet, bien que la traduction anglaise littérale de sans-abri puisse être « *no shelter* », la littérature anglophone emploie d'avantage le terme générique « *homeless* » (dont la traduction littérale française serait alors plutôt « sans chez soi »), pour désigner les personnes qui subissent une exclusion liée au logement au sens large et qui constituent l'objet de notre étude.

Compte tenu de ces remarques, il est intéressant de se reporter au rapport publié en 2016 par la fondation Abbé Pierre qui donne un aperçu du problème du logement et évalue à 3.8 millions le nombre de personnes pas ou mal logées en France. Ce chiffre inclut 2.9 millions de personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles (privation de confort, surpeuplement) et 895000 personnes privées de logement personnel (dont 141500 à proprement parler sans abri)⁹.

Enfin, comme l'écrit François Clanché pour illustrer l'importance sociétale et éthique du problème du sans-abrisme, nous devrions « ne jamais considérer les populations sans-abri comme des populations coupées du reste de la société de façon nette, mais au contraire, mettre en lumière, d'une part, le continuum de situations qui existent entre les personnes « avec » et « sans » logement et d'autre part, la rapidité et la fréquence des passages, pour une même personne, entre les situations de logement et de non-logement »¹⁰.

c) Enjeux de la prévention des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri

i) L'état de santé fragile et les comorbidités psychiatriques des personnes sans-abri

Le contexte environnemental, les facteurs personnels d'idéation suicidaire chez les personnes sans-abri, qui vivent souvent dans une extrême précarité, ou encore les difficultés spécifiques d'accompagnement médico-social de cette population justifient l'intérêt clinique de mieux identifier, quantifier et comprendre les conduites suicidaires dont elle peut souffrir.

En France, le collectif Les Morts de la rue, dont le travail vise à « faire savoir que vivre dans la rue mène à une mort prématurée, dénoncer les causes de ces morts, veiller à la dignité des funérailles et soutenir les proches en deuil » retrouve un âge moyen au décès chez les personnes sans-abri de 49 ans alors que l'espérance de vie nationale est de 80 ans ¹¹.

En 2009, l'étude SaMenta, menée par l'Inserm en association avec l'observatoire du Samu Social de Paris, a investigué la santé mentale et la prévalence des addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Cette étude a mis en évidence une prévalence de troubles psychiatriques sévères chez 31.5% de sa cohorte : 13.2% de troubles psychotiques, 6.7% de troubles sévères de l'humeur et 12.2% de troubles anxieux. Il était également mentionné que 21.8% de la population déclarait avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de sa vie ¹².

Cette étude confirme les résultats de la méta-analyse de Fazel S. et al, publiée en 2008, incluant 5684 personnes sans-abri parmi 29 études internationales, qui retrouvait des prévalences de 12.7% de troubles psychotiques, 11.4% de troubles dépressifs majeurs, 23.1% de troubles de la personnalité, 37.9% de dépendance à l'alcool et 24.4% de consommation de drogues chez les personnes sans-abri ¹³.

De plus, une enquête française ¹⁴ a confirmé un risque plus élevé d'exclusion sociale et de vie dans la rue, pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, en particulier de schizophrénie (RR = 13.18), par rapport à la population non malade. Cette étude montre également que les personnes souffrant de schizophrénie sont plus souvent agressées verbalement et physiquement que les autres personnes sans-abri.

ii) L'actualité des approches *housing first* dans l'accompagnement des personnes sans-abri

D'un point de vue de santé publique, la complexité de la prise en charge sanitaire des personnes sans-abri a aussi un coût économique et humain qui justifie de mieux cibler les besoins spécifiques de cette population fragile.

Ce travail de thèse en psychiatrie s'inscrit dans un contexte de préoccupation vis-à-vis de l'accompagnement sanitaire et social des personnes exposées au sans-abrisme, notamment de celles atteintes d'un trouble psychique sévère.

Cet enjeu est illustré par le développement des approches de type *housing first* avec l'extension du programme « Un Chez-soi d'Abord » au niveau du territoire métropolitain, approches proposant de modifier radicalement la prise en charge des personnes sans-abri souffrant d'un trouble psychique sévère en privilégiant leur accès direct, durable et inconditionnel au logement permanent.

L'expérimentation « Un Chez-soi d'abord » portée par l'Etat entre 2011 et 2016 a en effet permis la création en 2016 du Dispositif d'appartement thérapeutique « ACT- Un Chez-soi d'abord ».

L'approche *housing first* a émergé aux Etats-Unis dans les années 1990. Il a été développé par le psychologue américain Sam Tsemberis¹⁵ et s'inscrit dans la philosophie du rétablissement, qui trouve aussi son origine aux Etats-Unis, dans le sillage de mouvements protestataires d'usagers de la psychiatrie.

Comme le nom l'indique, la perspective de « Un Chez Soi d'Abord » n'est pas de traiter les personnes avant de mettre en œuvre des moyens leur permettant de sortir de la précarité mais au contraire de leur proposer un logement et un socle leur permettant de sortir de la précarité, afin de mieux répondre à leur demande, tout en leur proposant une aide pour les soigner et les aider à la réinsertion.

Le dispositif défend l'efficacité de l'accès direct à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux intensifs et s'appuyant sur le respect du choix de la personne. Dans la perspective du rétablissement, il postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue ainsi du modèle social dit « en escalier » ou du modèle médical « *treatment first* » qui prônerait un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Ainsi, il spécifie que « les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi »¹⁶.

Il s'appuie sur huit principes de base définis dans le cadre du modèle « *Pathways to Housing* »¹⁷ : le logement comme droit humain ; la notion de respect d'attention et de compassion ; l'accès à des logements indépendants diffus dans la cité ; une séparation des services cliniques et de logement ; le respect du choix et de l'autodétermination ; un accompagnement orienté rétablissement ; et le principe de la réduction des risques.

Ce programme est aujourd'hui conforté par les résultats d'essais cliniques randomisés internationaux notamment aux Etats-Unis et au Canada (programme AtHome/ChezSoi) et en France (dispositif expérimental) qui mettent en avant les bons résultats du programme en termes d'insertion durable dans le logement, de réduction du recours au système de soins et l'amélioration de certains critères cliniques notamment en termes de rétablissement et de qualité de vie ¹⁸.

Il nous a paru utile d'observer comment la question du suicide et des conduites suicidaires pouvait être associée au développement de ces dispositifs d'intervention, du fait de l'actualité de Un Chez Soi d'Abord et de la perspective de l'extension du plan Logement d'Abord à toutes les personnes en situation d'exclusion par le logement, conformément à la loi fondatrice DALO (Droit Au Logement Opposable) – Loi n°2007-290 du 5 mars 2007, qui garantit un droit universel à un logement décent et indépendant pour toutes les personnes qui ne peuvent accéder à un logement par leurs propres moyens. Cette loi est associée à une obligation de résultats invocable devant les tribunaux.

2) PROBLEMATIQUE

a) Des données insuffisantes

La connaissance sur le suicide chez les personnes sans-abri apparaît à ce jour assez limitée, fragmentée, voire contradictoire. L'absence observée de données à ce sujet s'inscrit d'abord à l'échelle de la France, où nous ne disposons pas à notre connaissance de données permettant une représentation significative de la mortalité par suicide ni des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri. Il existe plus généralement peu de données nationales sur l'état de santé somatique des personnes sans-abri, bien que l'impression des travailleurs de terrain aille dans le sens d'une franche dégradation dont témoigne l'âge moyen du décès des personnes sans-abri.

En associant les décès recensés par le Collectif des Morts de la rue avec les données du CépiDc (qui recense les causes médicales de décès en France), entre 2008 et 2010, une étude ¹⁹ retrouve que les principales causes médicales de décès de la population sans domicile étaient :

- Causes mal définies ou inconnues (28%),
- Morts violentes (20%) : homicides, suicides, noyades, chutes, accidents de transport,
- Tumeurs (18%) : trachées, bronches, poumons, voies aéro-digestives supérieures, organes digestifs,
- Maladies cardiovasculaires (11%),
- Troubles mentaux et du comportement (7%) : liés à l'utilisation de stupéfiants, à la consommation d'alcool,
- Maladies de l'appareil digestif (7%) : maladies chroniques du foie et cirrhoses,
- Autres causes (9%) : respiratoires, neurologiques, infectieuses.

Concernant la mortalité par suicide, le ratio standardisé de décès par suicide (SMSR) de cet échantillon français de personnes sans-abri comparé à la population générale est de seulement 0.4, ce qui signifierait que le fait d'être sans-abri serait un élément protecteur vis-à-vis du risque de décès par suicide.

Ce résultat, seule estimation disponible en France à notre connaissance, s'inscrit en contradiction avec certaines données de la littérature, données qu'il nous a paru important de synthétiser dans ce travail de thèse.

b) Objectifs de cette revue de la littérature

L'objectif principal de cette revue de la littérature scientifique est de caractériser et quantifier les conduites suicidaires (suicide, prévalence d'IS ou de RS, antécédents de TS, ou équivalent suicidaire) survenant au sein de populations sans-abri, à travers une lecture d'articles originaux.

Ce travail vise en second lieu à repérer la mise en place et à évaluer l'efficacité de mesures de prévention des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.

3) METHODOLOGIE

a) Identification des articles

Les critères PRISMA (« *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* » ; Moher Liberati et al, 2009) ont été utilisés pour la réalisation de cette revue de la littérature scientifique.

Nous avons recherché en Août 2018 sur les bases de données MEDLINE, SCOPUS et PSYCINFO des articles publiés depuis le 1er Janvier 1973 traitant des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.

La population des anciens militaires américains (« *USA Military Veterans* ») a été exclue de cette revue systématique compte tenu des travaux nombreux et bien documentés spécifiques incluant un travail de revue systématique de la littérature²⁰ traitant des violences auto-infligées (« *Self Directed Violences* ») dont la description correspond aux conduites suicidaires (suicides, TS et IS) au sein d'une sous-population de personnes sans-abri retraitées de l'armée américaine.

Dans un souci de cohérence et d'exhaustivité, nous avons fait le choix de limiter notre sujet aux conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri, en excluant les populations d'enfants et d'adolescents de cette étude, afin de limiter l'hétérogénéité de notre population et des résultats.

La stratégie de recherche a été développée en utilisant le thesaurus bilingue MeSH (« Medical Subject Heading terms »). Nous avons appliqué et extrait des trois bases de données citées les articles correspondant aux mots clés suivants :

-« (homeless* OR roofless* OR shelter*)

-AND (suicid* OR "self harm" OR "self injury" OR "suicidal behaviour" OR "suicidal ideation" OR death),

-NOT ("adolescent" OR "child" OR "children"),

-NOT ("veteran") NOT (review [articletype]) »,

Nous avons aussi cherché de façon complémentaire des articles pouvant relever de la « littérature grise » via « Google scholar ».

b) Sélection des articles

Les articles ont ensuite été extraits et évalués qualitativement selon leur cohérence avec les critères PICOTS (« *Population, Intervention, Comparator, Outcome, Timing, Setting* » ; Moher et al., 2009) de notre revue.

Nous avons retenu les articles qui mentionnaient une définition des personnes incluses sans-abri (« *homeless* » OR « *roofless* »), au sens large. Il s'agit de personnes exposées au sans-abrisme par le fait de ne pas avoir de domicile stable ou salubre, en vivant de fait dans la rue (« *street homelessness*») ou en foyer d'hébergement (« *shelter*»), ou parfois dans des logements inadaptés ou instables. Les études concernant des femmes vivant en foyer d'hébergement suite à des violences conjugales ont été incluses.

Afin de sélectionner les études qui pouvaient avoir une significativité statistique suffisante, nous avons conservé les articles qui étudiaient un minimum de $N = 100$ sujets exposés au sans-abrisme.

L'intervention (par exemple de type *housing first*) et la comparaison de conduites suicidaires entre un groupe de personnes sans-abri et une population témoin n'étaient pas nécessaires pour l'inclusion des articles mais ont été retenus comme critères de qualité dans le design des études.

Les articles rapportant au moins un cas de conduite suicidaire ont été inclus dans notre revue. Nous avons classé les conduites suicidaires (constituant l'« *outcome* » général de notre étude) en quatre catégories principales (cf définition des conduites suicidaires *supra*) : les décès par suicide, la prévalence d'idéation suicidaire (IS), les antécédents de tentative de suicide (TS), la prévalence d'un risque suicidaire modéré ou élevé selon les critères d'une échelle standardisée d'évaluation (RS).

Cependant, nous avons aussi considéré que d'autres *outcomes* pouvaient illustrer des conduites ou équivalents suicidaires, notamment à travers le terme « *selfharm* » dont la traduction littérale serait « lésions auto-infligées ».

Afin de limiter le nombre d'articles sélectionnés tout en préservant la significativité statistique des résultats, nous avons d'une part inclus les articles qui formulaient un ratio de mortalité par suicide formulé en ratios standardisés : ratios bruts (en personne-années), ou relatifs à une population standard : en Risque relatif (RR), en Hasard Ratio (HR) ou en Standard Mortality Ratio (SMR, avec standardisation statistique par rapport à l'âge et au sexe).

D'autre part, nous avons inclus les articles qui formulent une prévalence (en pourcent) ou une incidence d'IS, de TS, de RS ou de lésions auto-infligées (« selfharm »).

Nous avons enfin inclus les articles originaux, sans design spécifique prérequis, à l'exclusion des thèses, livres et revues répertoriées, en sélectionnant les articles dont le texte était intégralement traduit en anglais.

RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

1) INCLUSION DES ARTICLES : *FLOWCHART*

Sur les 1796 articles identifiés, 40 articles ²¹⁻⁶⁰ ont été inclus au final dans cette revue de la littérature, en appliquant les critères de sélection qualitatifs et quantitatifs précédemment décrits. Les étapes du processus de sélection des articles sont résumées sur la **Figure 1 : « Flowchart »**, en **Annexe 3**.

a) Design des articles retenus

Les principales données bibliographiques et caractéristiques épidémiologiques de ces 40 articles originaux sélectionnés sont résumées dans le **Tableau 1**, en **Annexe 4**.

Quatre de ces articles sont issus d'études interventionnelles de type essais contrôlés randomisés, dans le cadre d'évaluations de dispositifs de prise en charge américains et canadiens *housing first*.

Les 36 autres articles sont issus d'études observationnelles. Parmi celles-ci on retrouve :

- 22 études transversales (« *cross sectional* »),
- 13 études longitudinales (« de cohorte ») rétrospectives ou prospectives, y compris des études de mortalité,
- 1 étude avec un design de type « avant/après » (instauration de mesures sociales préventives au bénéfice des personnes sans-abri ⁵³,
- 3 études de type « cas-témoins » ^{22, 25, 37}.

Deux articles ^{43,54} apportent des résultats qui sont issus d'une même étude initiale, dans le cadre d'un essai clinique randomisé canadien. Le premier formule un taux de prévalence d'IS et le second un taux prévalence de RS, sans incidence sur une potentielle superposition des résultats pour les données de notre étude séparées en catégories selon les *outcomes*. Nous n'avons pas identifié d'autre doublon dans l'utilisation des populations ou cohortes exposées, tous les autres articles faisant référence à une population originale permettant les calculs des moyennes proposés.

b) Critères d'exposition des populations

En ne considérant qu'une fois le nombre de personnes incluses dans ces deux articles canadiens^{43, 54} et en ne considérant pas les nombres de cas répertoriés dans les trois études cas-témoins^{22, 25, 37}, pour lesquelles le nombre de personnes exposées au total au sans-abrisme n'est pas clairement identifiable, nous obtenons un total de 141540 personnes exposées au sans-abrisme.

Dans cette sélection 26 articles sont nord-américains (N= 95106 personnes exposées dans 15 articles des Etats-Unis et 11 articles canadiens); un seul article est issu d'un pays « en développement » à savoir l'Ethiopie³³; deux articles sont australiens^{22, 23}; un article japonais⁴⁵; les autres sont européens (Irlande²⁵, Suède²⁶, Espagne^{27,47}, Danemark^{42, 44}, France⁵⁰, Serbie⁵¹, Pays-Bas^{53, 56}).

Comme nous l'observons dans le **Tableau 1**, le sexe masculin est nettement prédominant dans les caractéristiques des populations sans-abri étudiées dans les articles qui n'ont pas de critère de genre pour l'inclusion.

La moyenne d'âge des sujets étudiés oscille autour de 40 ans.

Le plus souvent les critères d'exposition font référence à des populations sans-abri vivant en foyer d'hébergement (« *shelter* »), sollicitant une aide médicale ou répertoriées par un programme social, au moment de l'inclusion.

Cependant, les populations sans-abri étudiées sont parfois définies de façon mixte, incluant à la fois des personnes sans-abri vivant dans la rue ou en foyer d'hébergement, voire aussi dans des logements inadéquats ou insalubres^{22, 48}.

Certains articles étudient des populations bien spécifiques, par exemple des femmes ou mères victimes de violences conjugales^{50, 55, 60}.

Certains articles incluent uniquement des sous-populations de personnes sans-abri souffrant nécessairement d'un trouble psychique^{23, 43, 49} ou d'une comorbidité addictive²⁸ ou inclus dans un programme *housing first*.

c) Caractérisation des *outcomes*

Concernant les conduites suicidaires étudiées, nous avons identifié cinq catégories d'*outcomes*, répertoriées dans le **Tableau 1**, faisant référence à des conduites suicidaires dans une population de personnes sans-abri (N supérieur ou égal à 100 personnes exposées) :

- 11 de ces articles contiennent un ratio de mortalité par suicide,
- 16 articles contiennent une prévalence d'antécédent de TS,
- 14 articles contiennent une prévalence d'IS,
- 7 articles contiennent une prévalence de RS actuel élevé ou modéré (« *suicidality* »),
- 1 article contient une prévalence d'antécédents de « *selfharm* » que nous pouvons traduire par « lésion auto-infligée ».

Les résultats quantitatifs obtenus sont séparés selon ces différentes catégories et répartis dans les tableaux en annexe :

- Annexe 5- **Tableau 2** : Taux de Mortalité par suicide et de cause inconnue chez les personnes exposées au sans-abrisme,
- Annexe 6- **Tableau 3** : Prévalence des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide (TS) chez les personnes exposées au sans-abrisme,
- Annexe 7- **Tableau 4** : Prévalence du risque suicidaire actuel, modéré à élevé, selon la grille MINI chez les personnes exposées au sans-abrisme.

2) ESTIMATIONS QUANTITATIVES DES *OUTCOMES*

a) Mortalité par suicide

Onze articles originaux apportent un résultat de ratio de mortalité par suicide chez une population incluant plus de 100 personnes exposées au sans-abrisme (**cf Tableau 2**).

L'ensemble des résultats concorde en faveur d'un sur-risque de mortalité par suicide chez les personnes sans-abri. Les ratios de mortalité bruts par suicide chez les personnes exposées au sans-abrisme vont de 27.6 pour 100000 personne-années²² à 150 pour 100000 personne-années⁴².

Quatre de ces onze articles formulent une estimation globale des taux de suicide standardisée (par âge et par sexe) chez les personnes sans-abri par rapport à la population générale (taux surlignés en gras dans le **Tableau 2**), représentant un rapport de risque. Les estimations significatives de ces SMR (*Standardized Mortality Ratio*) ou HR (*Hasard Ratio*) ou RR (Risque Relatif) pour une durée moyenne de 10 ans sont de :

- RR = 1,9 (IC95% = 1.5-2.5), Arnautovska et al 22,
- HR = 3.63 (95%IC = 1.42-9.26), Termorshuizen et al 56,
- SMR = 14.2 (95%IC = 9.2–20.9), Slockers et al 53,
- SMR = 6.0 (95%IC = 3.9-8.1), Nordentoft et al 44.

L'article de Babidge ²³ et al formule un résultat de SMR au sein d'une cohorte de personnes sans-abri souffrant nécessairement de trouble mental sévère. Pour les personnes souffrant de schizophrénie (n = 455) ou non (n = 182), les SMR par suicide obtenus sont respectivement en fonction des classes d'âge : 17.39 (IC95% = 4.74–44.53) et 0 (IC95% = 0.00–28.37) pour les 20-29 ans, 11.76 (IC95% = 3.21–30.12) et 33.34 (IC95% = 6.88–97.42) pour les 30-39 ans, 16.67 (IC95% = 3.44–48.71) et 25.00 (IC95% = 0.18–139.32) pour les 40-49 ans.

Bien qu'élevés pour les deux sous-groupes, nous remarquons que dans cette étude le risque de surmortalité par suicide est plus élevé chez les personnes sans-abri ne souffrant pas de schizophrénie (atteintes d'un autre type de trouble psychique sévère) que chez celles qui en souffrent (résultat statistiquement non significatif).

b) Prévalence des antécédents de tentatives de suicide

Seize articles recensent une prévalence d'antécédent de tentative de suicide (TS) chez une population incluant plus de 100 personnes exposées au sans-abrisme (**cf Tableau 3 en Annexe 5**).

Le critère d'évaluation « TS au cours de la vie » est le plus fréquent.

Les taux de prévalence des antécédents de TS au cours de la vie vont de 11.5% à 55.4% selon les études.

Parmi les 16 articles qui quantifient le taux d'antécédent de TS « au cours de la vie » (taux soulignés dans la colonne TS du **Tableau 3**), la moyenne de ces taux de prévalence pondérée par les effectifs de personnes exposées au sans-abrisme est de 43.3% (SD = 10.4 ; SE = 0,26).

Ces taux sont rarement comparés à ceux de la population générale mais Fitzpatrick et al ³⁴ estiment que le taux de 31% d'antécédent de TS (sur un échantillon de 161 personnes sans-abri) « serait environ dix fois supérieur à celui de la population de référence à savoir l'ensemble de la population des Etats-Unis ».

D'autres critères d'évaluation des antécédents de TS sont retrouvés.

Une étude mentionne un taux de TS ayant entraîné une hospitalisation (8% de N = 558 individus), certaines études ne comptabilisent que les TS au cours des deux dernières semaines (2.9% de N = 423 individus) du dernier mois (13% de N = 218 individus et 5.6% de N = 2255 individus) de la dernière année (21.6% de N = 156 individus).

Une étude retrouve par ailleurs que parmi les 28% personnes sans-abri ayant fait une TS dans une cohorte de 134 individus, 8% des 134 personnes exposées ont fait de multiples TS.

c) Prévalence des idées suicidaires

Quatorze articles recensent une prévalence d'idéation suicidaire (IS) chez une population incluant plus de 100 personnes exposées au sans-abrisme (**cf Tableau 3 en Annexe 5**).

Le critère d'évaluation « IS présentes au cours du dernier mois » est le plus fréquent.

Parmi les 6 articles qui quantifient un taux d'IS « au cours du dernier mois » (taux soulignés dans la colonne IS du **Tableau 3**), la moyenne de ces taux de prévalence pondérée par les effectifs de personnes exposées au sans-abrisme est de 39.7% (SD = 11.4 ; SE = 0.46).

Les taux de prévalence des IS au cours du dernier mois vont de 30% à 61% selon les études.

On note cependant que des études utilisent d'autres critères de caractérisation des idées suicidaires. Certaines caractérisent les IS survenant au cours de la dernière année ou depuis que les personnes interrogées ont été exposées au sans-abrisme.

Deux études caractérisent les IS de « fréquentes ou récurrentes » (21,7% de 217HL ³³ et 17% de 451HL ⁴⁵) sans délimitation de la période de survenue.

Linn et al ⁴¹ estiment que le fait d'être sans-abri serait un facteur de risque indépendant de risque suicidaire en comparant deux types d'exposition chez des personnes demandeuses de soin : 214 personnes exposées sans-abri versus 250 personnes précaires avec un niveau de revenu similaire mais

ayant un hébergement stable. Les taux d'IS retrouvés sont de 24% versus 20% et ceux d'antécédents de TS de 30% versus 20% dans les deux groupes.

d) Prévalence d'un risque suicidaire actuel caractérisé

Sept articles recensent une prévalence de RS (« *suicidal risk* » ou « *suicidality* »), considérés comme d'intensité significative grâce à des niveaux évalués sur la base d'entretiens structurés par la MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*, **Annexe 1**), le MCSI (*Modified Colorado Symptom Index*) ASI (*Addiction Severity Index*).

Cinq de ces articles quantifient un taux de RS actuel (au moment de l'entretien) considéré comme « élevé ou modéré » d'après les critères de la MINI (**cf Tableau 5**).

La moyenne de ces taux de prévalence pondérée par les effectifs de personnes exposées au sans-abrisme est de 24.8% (SD = 9 ; SE =0.4).

L'étude Somers et al ⁵⁴ retrouve une prévalence de 35% de RS élevé ou modéré parmi 497 personnes exposées au sans-abrisme incluses dans le cadre d'un programme *housing first* (et souffrant par ailleurs d'un trouble psychique sévère), tout en précisant que cette prévalence se porte à 31% chez les personnes avec niveau de besoin élevé (besoin évalué sur des critères sanitaires et sociaux) versus 37% chez les personnes ayant un niveau de besoin modéré à l'inclusion dans le programme.

e) Evocation des lésions auto-infligées

Enfin, le dernier *outcome* retrouvé est celui de lésion auto-infligée (« *selfharm* ») qui apparaît dans un article ²⁴ avec une incidence de 5572 événements pour 100000 personnes exposées au sans-abrisme.

Cette incidence est comparée à celle retrouvée chez les personnes avec domicile, évaluée à 187 pour événements pour 100000 personnes, soit un ratio d'incidence standardisé par sexe et par âge de 30 environ.

L'Odds Ratio de la répétition des événements est aussi significativement plus élevé au sein de la population HL : OR = 1.46 (IC95% = 1.21-1.77).

3) EVALUATION DES INTERVENTIONS SUR LA PREVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES PERSONNES SANS-ABRI

a) Caractérisation des études interventionnelles de notre revue

Nous avons identifié quatre articles dont le schéma est de type interventionnel ^{21, 27, 43, 54}, faisant tous référence à une intervention de type *Housing First*, dispositifs destinés à l'accompagnement et à la prévention de personnes sans-abri souffrant par ailleurs d'un trouble psychique sévère.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, 2 de ces articles font référence à une même étude initiale canadienne ^{43, 54}.

Une autre étude ⁵³, longitudinale de type « avant-après », évalue aussi de façon observationnelle, l'impact des mesures sociales sur la diminution suicide chez les personnes sans-abri.

b) Impact des interventions sur la mortalité intentionnelle

Les résultats des études interventionnelles n'apportent pas d'élément en faveur de l'efficacité de ces dispositifs en termes de prévention du suicide.

Cependant, l'étude de Slockers et al ⁵³ apporte des éléments sur l'impact des mesures sociales sur la diminution suicide chez les personnes sans-abri. Dans cette étude néerlandaise la mortalité intentionnelle (regroupant suicide et homicide) diminue significativement entre la période précédant (de 2001 à 2005) et celle succédant (de 2006 à 2010) l'introduction de mesures sociales incluant un dispositif de « *case management* » au bénéfice des personnes sans-abri, sur un échantillon de 2130 personnes sans-abri (HR = 0.45, IC = 0.20-0.97).

c) Impact des dispositifs *housing first* sur la prévalence des conduites suicidaires

Les résultats des études interventionnelles concordent en faveur de l'efficacité des dispositifs d'intervention au bénéfice des personnes sans-abri en termes de diminution des taux d'IS et de RS.

Parmi ces études, celle de Aquin et al²¹ est un essai clinique randomisé multi-site incluant 1265 cas « Logement d'abord » (LD, avec accès incondtionnel au logement et proposant des soins de support et un dispositif de type « *case management* ») versus 990 témoins « Traitement habituel » (TH). Les résultats de cette étude montrent que, comparativement à l'inclusion, il y a eu une tendance significative à la diminution de la prévalence des IS durant le mois précédent (Estimation = -0.57; ET = 0.05; $p < 0,001$).

Cependant, cette diminution concerne les deux groupes, LD et TH. Les résultats ne montrent pas d'effet du groupe de traitement sur l'ampleur de cette diminution (LD vs TH; Estimation = -0.04; ET = 0.06; $p = 0,51$). On note donc qu'un simple suivi dans le cadre d'un groupe TH, avec réalisation d'entretiens réguliers à 1 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans semble efficace pour diminuer la prévalence des IS.

Dans cette étude, il n'y a pas de diminution statistiquement significative ni d'effet du type de traitement (LD vs TH : Estimation = -0,10; ET = 0,16, $p = 0,52$) sur la prévalence des tentatives de suicide (LD = 11,9 %, TH = 10,5 %) durant le suivi.

Les résultats des études interventionnelles n'apportent pas d'élément en faveur de l'efficacité de ces dispositifs en termes de prévention de la survenue de TS chez les personnes sans-abri.

Les résultats de l'étude de Collins et al²⁸ vont dans le sens d'une réduction du risque suicidaire, avec une diminution qui ne concerne pas seulement la prévalence des IS mais qui concernent d'autres dimensions cliniques des conduites suicidaires comme l'intensité clinique des idées suicidaires, l'intentionnalité suicidaire, la présence d'un scénario suicidaire. Sur 85 individus interrogés à l'inclusion dans le dispositif *housing first* puis deux ans plus tard, la prévalence des idées suicidaires passe de 26% à 20% mais la prévalence d'idées suicidaire sévères diminue de 7.75% à 2.55%, l'intentionnalité suicidaire de 3.13% à 2.15% et la présence d'un scénario de 6.61% à 3.29%.

DISCUSSION

1) SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

a) Estimation de la prévalence des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri

Dans cette revue de la littérature, quarante articles ont été sélectionnés d'après nos critères d'estimation quantitative des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri.

L'ensemble des études inclut plus de 140000 personnes exposées au sans-abrisme, en majorité originaires d'Amérique du Nord et presque toutes originaires de pays à haut niveau de développement économique. La majorité d'entre elles sont des hommes, avec une moyenne d'âge d'environ 40 ans.

L'ensemble des résultats concorde en faveur d'un sur-risque de mortalité par suicide chez les personnes sans-abri en comparaison à la population générale, avec des RR, HR et SMR qui sont tout positifs de façon significative sur le plan statistique et varient de 1.9 (IC95% = 1.5-2.5) à 14.2 (IC95% = 9.2-20.9)

43,3% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir un antécédent de TS au cours de la vie répondent positivement ce qui constitue une prévalence très élevée. Ce résultat est relativement homogène, avec des indices de dispersion relativement faibles : (SD = 10.4 ; SE = 0.26).

39,7% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir eu des idées suicidaires au cours du dernier mois de leur vie répondent positivement.

Ainsi, plus du tiers de la population sans-abri serait concernées par un problème d'idéation suicidaire actuel et largement plus du tiers aurait un antécédent de TS. Cette prévalence pourrait être majorée en prenant en compte l'ensemble des lésions auto-infligées, comme les mutilations et intoxications.

En agrégeant ces résultats on peut considérer qu'une personne sans-abri a environ une chance sur deux de présenter un risque suicidaire (caractérisé par un antécédent de TS ou la prévalence d'IS au cours du dernier mois), qu'il convient d'évaluer de façon systématique au sein de cette population.

Un quart de la population sans-abri (24,8% des individus évalués) a par ailleurs un risque suicidaire élevé à modéré selon les critères de la MINI, niveau qui justifierait une prise en charge de prévention d'un passage en crise suicidaire.

b) Intérêt de ces résultats principaux et éléments complémentaires

Cette revue est à notre connaissance la première à proposer une synthèse quantitative des conduites suicidaires chez l'ensemble des personnes adultes sans-abri dans la littérature scientifique.

Elle illustre l'importance de prendre en compte les conduites et le risque suicidaires chez les personnes sans-abri en montrant que ces conduites sont dix fois plus fréquentes que dans la population générale et peuvent concerner plus d'un individu sans-abri sur deux.

Elle montre que la prévalence des antécédents de TS au cours de la vie concerne près d'un individu sans-abri sur deux et que un quart de cette population présente un risque suicidaire de niveau modéré à élevé selon les critères de la MINI.

Les taux de mortalité par suicide comparés à la population générale traduisent de façon unanime un sur-risque de mortalité par suicide chez les personnes sans-abri. L'ampleur de ce sur-risque relativement à la population générale est cependant difficile à généraliser en l'état actuel de la littérature mais on peut estimer qu'il est compris entre 3 et 10.

En effet deux études étudiant de larges cohortes mesurent à la fois le risque relatif de mortalité par suicide et de mortalité générale chez des populations de sans-abri : Themorshuizen et al retrouvent un HR de mortalité par suicide égal à 3.63 (95%IC = 1.42-9.26) et un taux de mortalité toute cause de 2.99 (95%IC = 2.63-3.41) ; Nordentoft et al retrouvent un SMR de mortalité par suicide égal à 6.0 (95%IC= 3.9-8.1) et un SMR de « mortalité toute cause » égal à 3.8 (IC95% = 3.5-4.1).

D'une part, ces résultats de « mortalité toute cause » comparés à la population générale correspondant à ceux mentionnés dans la littérature (environ égale à 3). D'autre part, les risques de

mortalité relative par suicide sont supérieurs dans chacune de ces deux études aux risques relatifs de mortalité toute cause confondue.

Le sur-risque de mortalité par suicide serait dès lors plus important que celui de mortalité toute cause.

Ainsi, les résultats de cette étude suffisent à affirmer l'importance des conduites suicidaires en tant qu'enjeu de santé publique, à la fois en termes de morbidité et en termes de mortalité. Plusieurs éléments renforcent ce constat.

D'abord, les caractéristiques des populations sans-abri sont en faveur d'une forte représentation de personnes d'âge jeune et de sexe masculin. Or, ces deux critères sont des signaux d'alerte à prendre en compte car le suicide est la deuxième cause de décès et la première cause de décès évitable chez cette sous-population.

Ensuite, les résultats obtenus ne représentent que les suicides répertoriés. La prise en compte des décès de cause inexplicée pourrait conduire à majorer de façon importante ce résultat.

En effet, certaines études montrent qu'une part considérable de ces décès inexplicés relève d'actes suicidaires. Bien que l'étude japonaise de Suzuki et al ⁶¹ suggère que parmi les décès avec obstacle médico-légal, la proportion de suicides serait légèrement moins importante chez les personnes sans-abri âgées de plus de 60 ans, la proportion de suicide parmi ces décès inexplicés représente tout de même un tiers des décès avec obstacle médico-légal dans les populations standard et sans-abri.

Or, le SMR (*Standardized Mortality Ratio*) de décès inexplicés calculé par Nordentoft et al ⁴⁴ est de 2.9 (IC95%= 52.7-73.2). Il y aurait donc beaucoup plus de décès inexplicés chez les personnes sans abri, donc plus de suicides qui ne sont pas comptabilisés au sein de cette population.

Enfin, certains articles mentionnent des taux très élevés d'overdose (considérées comme accidentelles dans la nomenclature) et parfois d'homicide (autre cause de mortalité intentionnelle), qui incitent à penser le suicide comme une des causes parmi d'autres de mort externe, violente et évitable chez les personnes sans-abri.

c) Efficacité des dispositifs d'accompagnement sur la prévention des conduites suicidaires

Les études interventionnelles sélectionnées n'apportent pas d'élément prouvant l'efficacité des dispositifs *housing first* pour la prévention du suicide chez les personnes sans-abri.

Ces dispositifs, en l'état, ne semblent pas non plus diminuer l'incidence des TS chez les personnes sans-abri souffrant par ailleurs d'un trouble psychique sévère.

Cependant, l'étude descriptive de Slockers et al ⁵³ laisse supposer que l'introduction d'une politique sociale au bénéfice des personnes sans-abri incluant des mesures de « *case management* » réduirait la mortalité intentionnelle (par suicide ou homicide) chez les personnes sans-abri, justifiant la poursuite des études évaluant l'impact des mesures de prévention des suicides et TS chez les personnes sans-abri.

En effet, les résultats des études interventionnelles concordent tous en faveur de l'efficacité des dispositifs au bénéfice des personnes sans-abri souffrant de trouble psychique sévère, en termes de diminution des taux d'IS et de RS au cours du suivi sur deux ans, sans effet de groupe, c'est-à-dire avec une efficacité comparable dans les groupes *housing first* et témoin (traitement habituel).

La prévalence des IS diminue de moitié au cours du suivi, sans mesures spécifiques de prévention du risque suicidaire.

De plus, l'étude de Collins et al ²⁸ montre que l'impact des dispositifs de prévention *housing first* serait plus important sur la réduction de l'intensité du RS (intensité des IS, intentionnalité suicidaire, planification) que sur la prévalence des IS.

Au final, il serait intéressant d'évaluer des mesures spécifiques de prévention du risque suicidaire au bénéfice de personnes sans-abri, par exemple en s'appuyant sur un dispositif de type *housing first* existant.

2) LIMITES DES PRINCIPAUX RESULTATS

a) Limites en rapport avec l'hétérogénéité des *outcomes*

Bien que les *outcomes* identifiés correspondent aux différentes catégories de conduites suicidaires : suicide, antécédent de TS, prévalence d'IS et de RS, voire lésions auto-infligées, les résultats obtenus comportent une certaine hétérogénéité dans la manière dont ils sont mesurés.

Concernant la mortalité par suicide, les ratios standardisés sont formulés soit en SMR (*Standardized Mortality Ratio*) soit en Risque relatif (RR) soit en Hasard Ratio (HR). Ainsi, la comparaison directe entre ces différents types de mesures pose un problème sur le plan méthodologique.

La formulation d'un SMR serait la plus adaptée pour de futures études, car elle intègre une standardisation par sexe et par classe d'âge, critères qui sont prédominants dans la répartition du risque.

Le critère antécédent de TS « au cours de la vie » se distingue assez largement comme étant le plus fréquemment mentionné, même si certains résultats se réfèrent à des passages à l'acte relativement récents (dernier mois ou dernière année). Ce critère correspond aux grilles d'entretien structuré (cf **Annexe 1**) et permet le calcul d'une moyenne assez homogène de la prévalence des antécédents de TS, à partir de 16 résultats dans notre revue.

Ce critère doit donc être systématiquement employé par les études de prévalence de TS chez les personnes sans-abri. Cependant, il n'est pas toujours recueilli à partir d'entretiens structurés et relève parfois d'une question isolée ou peut même être issu d'auto-questionnaires.

Certaines caractéristiques des antécédents de TS comme l'hospitalisation consécutive ou la récurrence, plus qualitatives sur le plan clinique, font défaut. Les modalités du passage à l'acte sont plus souvent mentionnées mais celles-ci diffèrent largement selon les études.

La prévalence des idées suicidaires « au cours du dernier mois » est le critère qualitatif le plus fréquemment retrouvé. Sa mesure est moins structurée que celle des antécédents de TS et nous n'avons obtenu que six résultats homogènes pour le calcul de notre moyenne pondérée, avec des indices de dispersion plus importants.

D'autres résultats interrogent sur la présence d'idées suicidaires sur une durée plus longue, qui semble moins pertinente et utile en pratique clinique. La prévalence d'IS n'est pas toujours relevée à

partir d'entretiens structurés. Elle peut parfois relever d'une question isolée voire d'auto-questionnaires.

Certains articles précisent quand il s'agit d'idées suicidaires caractérisées par la pensée de mettre fin à ses jours qui se distingue de celle de ne plus vouloir vivre, critère qu'il semble important de rappeler pour une bonne représentativité des résultats.

L'utilisation d'outils standardisés d'évaluation comme celles la MINI, le MCSI ou l'ASI peuvent être un critère de qualité pour l'obtention des prévalences d'antécédent de TS et d'IS. Ils permettent par ailleurs la formulation d'un risque suicidaire.

Pour le RS, la MINI se distingue comme l'outil le plus fréquemment utilisé, permettant une estimation reproductible des conduites suicidaires et stratifiant celles-ci en risques faible, élevé ou modéré, pouvant aussi avoir un intérêt en pratique clinique.

La mesure standardisée du RS, à partir d'une grille équivalente à celle de la MINI (**Annexe 1**) est un outil précieux pour évaluer la prévalence et l'évolution des conduites suicidaires au sein de la population sans-abri. Les cinq résultats obtenus mériteraient d'être complétés par ceux de futures études qui intégreraient ce critère d'évaluation.

b) Limites en rapport avec l'hétérogénéité des populations décrites

L'interprétation des résultats dépend du contexte environnemental des études. Le problème de l'hétérogénéité de la population sans-abri, exposition qui regroupe une multiplicité de situations, constitue un biais de sélection essentiel.

Les caractéristiques observées en termes d'âge et de prédominance masculine, relativement homogènes (cf **Tableau 1**) sont représentatives des populations sans-abri décrites en général dans la littérature.

Les populations sans-abri des pays en développement sont peu représentées dans notre étude et peuvent avoir des caractéristiques et des conduites suicidaires qui diffèrent de celles observées dans cette revue.

Une définition précise du sans-abrisme (« *homelessness* »), s'appuyant par exemple sur une typologie de typer ETHOS (cf **Annexe 2**), est rarement donnée dans les études.

La plupart des articles explicitent cependant les situations (ou modalités) du sans-abrisme dans les critères d'inclusion. Il s'agit souvent de personnes recrutées en foyer d'hébergement, demandeuses de soin ou d'accompagnement social, c'est-à-dire formulant une demande d'aide permettant leur recrutement.

Les études qui incluent des populations vivant à la rue ou dans des conditions de logement insalubres, élargissant ainsi le critère d'exposition en le rendant plus représentatif de la diversité de conditions de vie au sein de cette population, sont relativement rares. De ce fait, il n'est pas évident que les résultats retrouvés s'appliquent à l'ensemble des personnes sans-abri, notamment à celles qui risquent le plus d'échapper aux investigations, par exemple du fait d'une plus grande précarité.

Comme le soulignent Panadero et al ⁴⁴ « l'impossibilité de connaître les caractéristiques des participants refusant la participation à (cette) étude pose le problème d'un biais de sélection », y compris dans les études qui auraient des critères d'inclusion a priori représentatifs de la diversité du sans-abrisme. Les auteurs soulignent que les personnes « ayant des troubles du comportement, ne parlant pas ou mal la langue de référence, ou n'étant pas en posture de demande d'appui social ou sanitaire seraient moins représentées » à travers les résultats des études les concernant.

Compte tenu de ces éléments, la plupart des études attentives à ces biais concluent que les résultats observés se limitent au contexte et aux spécificités de la population décrite et que les résultats n'ont pas vocation à être généralisés. D'ailleurs, les spécificités des études peuvent concerner à la fois la population sans-abri mais aussi la comparaison de référence.

En effet, si les ratios de mortalité bruts par suicide chez les personnes exposées au sans-abrisme varient de 27.6 pour 100000 personne-années dans l'étude australienne d'Arnautovska ²² en Australie à 150 pour 100000 personne-années dans l'étude danoise de Feodor Nilsson ⁴², il faut considérer que cela n'est pas seulement dû aux caractéristiques propres au sans-abrisme dans chacune de ces études, mais aussi aux taux de suicide dans la population standard qui peuvent être beaucoup plus élevés dans certains pays comme le Danemark.

Enfin certaines études se focalisent sur des sous populations de personnes sans-abri, par exemple des femmes victimes de violences conjugales ou des personnes souffrant d'un trouble psychique.

c) Cofacteurs de risque et facteurs de confusion

Pour compléter l'analyse des données recueillies dans ces articles, il est important de mentionner les nombreux cofacteurs qui peuvent être associés à un risque statistique de conduites suicidaires au sein des populations sans-abri étudiées. Ces cofacteurs ont l'intérêt de décrire la complexité de la population étudiée.

D'une part, ils apportent des éléments de compréhension voire pourraient servir de socles de prévention (tels des « drapeaux rouges ») des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.

D'autre part, ces facteurs sont de potentiels facteurs ou biais de confusion, importants à prendre en compte pour l'interprétation des résultats. Leur identification et leur mesure sont indispensables pour donner des éléments de réponse à une question qui reste centrale compte tenu de notre problématique : le sans-abrisme est-il un facteur de risque indépendant de conduite suicidaire ?

Il est difficile de répondre de façon tranchée à cette question qui nécessiterait une méta-analyse des données pour fonder une réponse.

Ces cofacteurs « traditionnels », qui impliquent un sur-risque documenté de conduites suicidaires au sein de la population étudiée, et leur cumul pourraient à eux seuls expliquer le sur-risque observé au sein de la population sans-abri (qui pour le dire de façon familière peut avoir une tendance « à cumuler tous les problèmes »).

Comme le propose Desai et al³⁰ ils peuvent être répartis schématiquement en trois classes :

- les facteurs démographiques qui sont des caractéristiques innées (biologiques ou génétiques) auxquelles on peut ajouter les stigmates acquis et irrévocables d'une histoire personnelle (comme par exemple les antécédents judiciaires) ;
- les facteurs psychiques et somatiques qui se rapportent à l'état de santé des individus (auxquels on peut apporter un traitement de type médical) ;
- les facteurs sociologiques qui traduisent la condition sociale des individus (et qui relèvent plutôt de mesures sociales).

i) **Facteurs démographiques**

Les facteurs démographiques innés identifiés sont les suivants :

- le sexe masculin et le jeune âge sont des cofacteurs documentés de risque de suicide, comme pour la population générale ;
- le sexe féminin est cependant associé à une prévalence plus importante d'IS, comme pour la population générale.

Parmi les facteurs acquis non modifiables des individus concernés, on retrouve les éléments suivants en faveur d'un risque accru de conduites suicidaires chez les personnes sans-abri : de faibles niveaux d'éducation et « capital social » ; la présence d'antécédents judiciaires ou médicolégaux (effet de forte ampleur et reproductible).

Le fait d'avoir été sans-abri et durant l'enfance serait aussi un cofacteur de risque.

Enfin, l'étude de Torchalla et al ⁵⁷ souligne l'importance de relever certains facteurs qui auraient un effet protecteur en montrant que l'appartenance religieuse des individus sans-abri serait un facteur protecteur de TS.

Nous n'avons pas identifié d'autre facteur protecteur personnel de conduites suicidaires chez les personnes sans-abri parmi les articles sélectionnés.

ii) **Facteurs médicaux**

Les facteurs médicaux regroupent trois cofacteurs importants : les comorbidités addictives, psychiatriques et d'ordre somatique. Leur présence peut être interprétée comme un biais de confusion du fait de leur prévalence parfois importante au sein des populations étudiées.

Nous avons relevé que certaines études concernent exclusivement des sous-populations sans-abri avec comorbidités addictive et/ou psychiatrique. Bien que les comorbidités addictives et psychiatriques soient fréquentes au sein de la population sans-abri ¹³, elles peuvent être surreprésentées à travers les articles de notre revue.

Concernant les comorbidités psychiatriques, certains points méritent d'être relevés et approfondis dans le cadre d'une meilleure compréhension psychopathologique du sans-abrisme :

Dans l'article de Babidge ²³ et al les personnes schizophrènes présentent moins de conduites suicidaires que les personnes non schizophrènes (souffrant d'autre trouble psychique).

L'article de Arnautovska et al ²² rappelle cependant que le fait d'avoir un trouble psychique sévère évident non diagnostiqué serait un facteur de risque de conduite suicidaire.

Parmi les troubles psychiques présentés, en plus des troubles psychotiques ou dépressifs caractérisés, les niveaux d'anxiété et la présence d'éléments de vie stressants ou traumatiques sont relevés comme co-facteurs de risque.

iii) **Facteurs sociologiques**

Les facteurs sociologiques relevés caractérisent les conditions de vie des personnes sans-abri étudiés et apportent certains éléments de compréhension du processus suicidaire au sein de cette population.

L'étude de Linn et al suggère que le fait d'être sans-abri serait un facteur de risque indépendant de risque suicidaire en comparant deux types d'exposition chez des personnes demandeuses de soin : 214 personnes exposées sans-abri versus 250 personnes précaires avec un niveau de revenu similaire mais ayant un hébergement stable. Les taux d'IS retrouvés sont de 24% versus 20% et ceux d'antécédents de TS de 30% versus 20% dans les deux groupes ⁴¹.

Par ailleurs, le fait de vivre à la rue versus en foyer d'hébergement et le fait d'être sans-abri de façon prolongée ou persistante semblent être des facteurs aggravants de conduites suicidaires.

Enfin, les facteurs sociologiques mentionnés caractérisent aussi le manque de support social comme cofacteur de risque de conduites suicidaires, qu'il s'agisse du support perçu par les individus ⁴⁴ ou de cofacteurs objectifs comme le fait d'être au chômage, célibataire, en situation de désinsertion sociale.

3) SPECIFICITES DU PROCESSUS SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES SANS-ABRI

a) Une relative homogénéité des résultats

Malgré l'hétérogénéité des caractéristiques des populations étudiées dans l'ensemble des articles, l'observation des résultats va plutôt dans le sens d'une relative homogénéité de la fréquence des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri, notamment pour la prévalence des antécédents de TS, des IS et du RS. Pour la prévalence des IS, la déviation standard et l'écart type à la moyenne sont faibles : 43,3% (SD=10.4 ; SE=0,26).

Somers et al ⁵⁷ qui retrouvent que la prévalence du RS à l'inclusion est plus faible dans le groupe où le niveau de besoin (évalué selon des critères sociaux, notamment la précarité versus l'absence de logement, mais aussi selon le niveau des comorbidités sur le plan médical) est plus élevé (N=297) que dans celui où le niveau de besoin est modéré (N=200) : 31% versus 37%. Cela montre que le risque suicidaire des personnes sans abri n'est pas limité aux personnes qui sont dans la plus grande précarité ou avec le plus haut niveau de détresse.

Notre étude peut donc servir de point de repère pour objectiver une certaine constance et une reproductibilité statistique de l'association entre le sans-abrisme et les conduites suicidaires.

Il est possible que le sans-abrisme soit un facteur indépendant de risque de conduites suicidaires, notamment des conduites suicidaires non létales.

b) Spécificités de l'exposition au sans-abrisme pour l'étude du processus suicidaire

L'étude de Linn et al ⁴¹ attire l'attention sur le fait que la vulnérabilité psychique des personnes sans-abri est plus importante que celle des personnes ayant le même niveau de précarité socioéconomique mais avec un chez soi.

Ainsi, la relation entre le sans-abrisme et les conduites suicidaires révèle d'une certaine spécificité. Les personnes sans-abri sont particulièrement exposées aux conduites suicidaires, qui peuvent à la fois témoigner du degré de souffrance psychique et d'exclusion sociale qu'elles subissent.

Cependant, le sens de la relation entre l'événement (conduite suicidaire) et l'exposition au sans-abrisme n'est pas évident. L'interprétation de la relation peut être faite « à l'envers », comme le propose une étude anglaise de Bickley et al ⁶² qui mesure la probabilité d'être sans-abri pour une personne étant passé à l'acte suicidaire.

En effet, il est tout aussi envisageable de considérer certaines situations où le fait d'être sans-abri va exposer l'individu à une augmentation du risque suicidaire que de considérer des situations où le fait d'être dans un état de détresse psychique intense, se traduisant par des conduites suicidaires, peut aboutir à des situations d'exclusion sociale importante, exposant l'individu au sans-abrisme.

Cette question de la causalité peut être posée sous deux angles, épidémiologique et sociologique.

D'un point de vue épidémiologique, le schéma descriptif des études de morbidité n'est pas suffisant pour prouver que l'association statistique entre le sans-abrisme et les conduites suicidaires résulte d'un lien direct entre exposition et événement. Il faudrait plus d'études pour investiguer la séquence temporelle de l'association, la relation exposition-effet, l'effet des interventions et pondérer l'importance des différents facteurs de risques.

D'un point de vue sociologique, les résultats de cette revue mériteraient d'être complétés par une interprétation qualitative de la problématique des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri. Les différents modèles de « sociologie de la déviance » peuvent compléter cette approche quantitative et fournir des éléments complémentaires de compréhension : anomie, approches interactionnistes et culturalistes, intersectionnalité, phénoménologie du sans-abrisme...

Ces approches envisagent différemment une question centrale pour notre sujet d'étude et pour la psychiatrie sociale de façon plus générale : les personnes sans-abri (marginalisées) vont-elles développer une vulnérabilité psychopathologique du fait de leurs conditions de vie où se retrouvent-elles dans une situation d'exclusion du fait de cette vulnérabilité préexistante ?

c) Interdépendance des facteurs de risque d'exposition au sans-abrisme et de prévalence de conduites suicidaires

Cette revue permet une ouverture vers une approche plus qualitative de la compréhension du processus suicidaire en questionnant l'éventualité d'une spécificité du processus suicidaire chez les personnes sans-abri. Cette spécificité serait en outre caractérisée par une interdépendance entre le critère d'exposition au sans-abrisme et les facteurs favorisant les conduites suicidaires.

Nous proposons un schéma explicatif de cette interdépendance en **Annexe 8** de ce document.

Un point d'intérêt de cette revue de la littérature réside en l'association de tout type de conduites suicidaires dans un même ensemble. Bien que les décès d'un côté et les taux de prévalence de morbidité d'un autre côté pourraient être séparés en deux revues systématiques distinctes, dans le cadre d'analyses épidémiologique et statistique plus approfondies de chacun de ces points, voire dans le cadre de méta-analyses, ces phénomènes peuvent en pratique s'inscrire dans un continuum.

Notre étude considère qu'au-delà de la question du suicide, question aussi tragique que difficile à explorer, la population sans-abri semblerait encore plus exposée aux autres types de conduites suicidaires (IS, TS, RS et lésions auto-infligées). Il se pourrait ainsi que le fait d'inclure plus largement les intoxications et scarifications superficielles dans le repérage des conduites à risque majorerait la prévalence des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri en comparaison à celles de la population générale.

Il se pourrait que l'étude de l'ensemble de ces comportements permette de mieux comprendre la souffrance psychique et leur propension à certains passages à l'acte qui mobilisent les services sanitaires et sociaux.

La prévention des conduites suicidaires s'appuie sur l'identification d'un processus suicidaire qui peut se conclure par le décès de l'individu. L'identification des facteurs de risques à chaque étape de ce processus, facteurs souvent communs au sans-abrisme et aux conduites suicidaires (cf **Annexe 8**), a donc un intérêt pour la prévention des conduites suicidaires.

L'enjeu est alors de repérer les marqueurs démographiques, médicaux et sociologiques de risque au sein de cette population vulnérable.

Certains marqueurs peuvent aussi être spécifiques au sans-abrisme, en termes de qualité ou de fréquence.

D'une part, la présence de conduites suicidaires et notamment d'antécédents de TS est en soi un indicateur de trouble psychique à prendre en compte pour la surveillance d'une personne sans abri mais aussi un des principaux indicateurs de mortalité toute cause.

Nous notons que cette revue traduit un taux d'antécédent de TS particulièrement élevé dans cette population, taux plus élevé que la prévalence d'idées suicidaires.

L'article de Barret et al ²⁵ souligne par ailleurs que l'incidence des passages à l'acte de type « lésions autoinfligées » serait relativement encore plus importante que celle des autres conduites suicidaires, avec un risque relatif de l'ordre de 30.

Ces deux éléments questionnent une dimension impulsive propre au sans-abrisme.

D'autre part, un des meilleurs indicateurs de risque suicidaire serait la notion de « *psychache* » telle que la définit E. Shneidman ⁶³ à savoir comme « la douleur, l'angoisse, le regret, la souffrance, la misère qui nous torturent l'esprit. C'est la souffrance intensément ressentie de la honte, de la culpabilité, de l'humiliation, de la solitude, de la perte, de la tristesse, de la terreur de vieillir ou de mal mourir [...]. ». La prévalence du *psychache* ou « douleur mentale » chez les personnes sans abri serait extrêmement élevée et intimement liée à la prédiction d'idéation suicidaire (avec une meilleure prédictibilité que la dépression, l'absence d'espoir ou encore l'absence de sens donné à la vie ⁶⁴).

4 DIFFICULTES DU RECUEIL DES DONNEES DE MORBIMORTALITE DES SANS-ABRI EN FRANCE

Une dernière spécificité de la population sans abri est qu'il manque beaucoup de données faute d'études la concernant.

Comme le rappelle C. Vuillermoz ⁶⁵ Les données sur la santé des personnes sans-domicile en France sont peu nombreuses, notamment les données de mortalité. Dans ce contexte, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm a mené une première étude visant à décrire la mortalité au sein des personnes sans-domicile à partir des données collectées par le Collectif Les Morts de la Rue. De janvier 2008 à décembre 2010, le CMDR avait recensé 1145 décès de personnes sans-abri, soit environ 380 décès par an. L'objectif était alors de croiser ces données avec celles retrouvées par le CépiDc, qui traite l'ensemble des certificats de décès survenus sur le territoire

français. L'auteur souligne que les causes de décès des personnes sans-domicile dans cette étude étaient différentes de celles des études nord-américaines ; « les décès par cancer étaient plus fréquents dans cette étude, tandis que les homicides et les suicides étaient moins fréquents qu'en Amérique du Nord ».

Ces différences peuvent être tributaires du contexte social de chaque pays (par exemple, l'autorisation du port d'arme autorisé aux Etats-Unis augmente l'incidence des homicides). D'autre part, les causes de décès indéterminées étaient en très grand nombre dans cette étude comparativement aux études américaines.

Cependant, ces différences peuvent traduire des biais méthodologiques qui conduiraient à des résultats erronés par absence de significativité. En effet, le nombre de décès de personnes sans-domicile est estimé à 6730 entre janvier 2008 et décembre 2010, soit plus de 2000 décès par an en France. Or, seulement 241 certificats mentionnaient que la personne était sans-domicile (hébergée ou vivant dans la rue) durant la même période, d'où la nécessité de croiser les données. En France, la mention « sans domicile » ne doit apparaître sur le certificat de décès que si un lien d'imputabilité est établi par le médecin rédigeant le certificat. Mais l'auteur souligne que des difficultés supplémentaires s'ajoutent à ce travail, comme celle liée au fait que certains organismes comme l'Institut Médico-légal de Paris (qui devrait en théorie investiguer une grande part des décès par suicide et inexplicables chez les personnes sans-abri qui correspondent à la cohorte du Collectif des Morts de la Rue vivant majoritairement en Ile de France) n'auraient pas transmis les certificats au CépiDc à la date de l'étude.

Ainsi, certains biais méthodologiques et épidémiologiques sont relevés par le Collectif des Morts de la Rue qui conclue à la nécessité d'actualiser les études de mortalité chez les personnes sans-abri pour avoir une connaissance plus représentative sur le sujet. Cependant, il n'y a pas à ce jour d'actualisation des résultats en France.

Concernant le suicide chez les personnes sans-abri en France, une analyse rétrospective des données de mortalité des sans-abri à Marseille ⁶⁶ (Médecins du Monde et Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 2009) estimait qu'il pouvait être la cause 15,90% des décès locaux observés.

Notre revue de la littérature incite donc à la poursuite de ces études et aussi à conduire des études de morbidité qui proposeraient une représentation de l'ensemble des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri, du fait de l'absence de ces données en France mais aussi de l'importance de ces données pour enrichir la littérature internationale.

Les politiques actuelles de recensement associées au plan Logement d'Abord et l'extension du dispositif national «Un Chez Soi d'Abord» peuvent fournir une opportunité pour ces études. L'essai clinique randomisé qui a précédé l'extension nationale du dispositif «Un Chez Soi d'Abord» n'a pas encore conduit à ce jour à la publication des résultats de morbi- mortalité illustrant la prévalence des conduites suicidaires. Le Dr Tinland A, nous a cependant transmis quelques données sur l'inclusion et le suivi de cet essai qui mériteraient d'être publiées pour notre sujet, tout en prenant en compte que la cohorte Un Chez Soi d'Abord se caractérise par un très haut niveau de besoins sanitaires et sociaux à l'inclusion qui peut en partie expliquer ces données élevées de morbi- mortalité :

- sur les 703 personnes sans-abri incluses dans l'essai, 13% déclaraient un antécédent de TS durant les six mois précédant l'inclusion.

- 63.5% des personnes sans-abri incluses avaient un RS selon les critères de la MINI. 57.5% avaient un RS modéré ou élevé selon ces mêmes critères.

Il serait intéressant de consulter plus finement ces données pour publier des résultats conformes aux critères de qualité que nous avons définis dans ce travail, notamment pour obtenir les prévalences d'antécédents de TS au cours de la vie, d'IS au cours des derniers mois.

Il serait aussi intéressant de consulter les données issues du suivi pour évaluer l'impact du dispositif sur la prévention des conduites suicidaires. En effet, sur 35 décès survenus au cours du suivi, quatre sont imputables à des suicides (3 dans le groupe «Un Chez Soi d'Abord» et 1 dans le groupe témoin). Les soignants s'interrogent par ailleurs sur la forte incidence d'overdoses survenu dans le groupe «Un Chez Soi d'Abord» (8 décès contre 0 dans le groupe témoin), données qui nécessitent la mise en place de mesures d'accompagnement spécifiques.

CONCLUSION

Les facteurs de risque démographiques, sociologiques et cliniques retrouvés au sein de la population sans abri justifient l'intérêt de mieux identifier, quantifier et comprendre les conduites suicidaires chez ces personnes qui subissent un niveau extrême de précarité.

Cette revue de la littérature est à notre connaissance la première à proposer une synthèse quantitative des conduites suicidaires chez l'ensemble des personnes adultes sans-abri, en termes de mortalité par suicide et de morbidité, par le recueil des taux de prévalence d'idées suicidaires, d'antécédents de tentatives de suicide, de risque suicidaire et de lésions auto-infligées.

Quarante articles représentant une population de plus de 140000 individus exposés au sans-abrisme ont été sélectionnés.

Leur synthèse montre que les conduites suicidaires sont dix fois plus fréquentes chez les personnes sans abri que dans la population générale et concernent plus d'un individu exposé sur deux :

- on peut estimer que le risque relatif de suicide est compris entre 3 et 10,
- 39,7% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir eu des idées suicidaires au cours du dernier mois de leur vie répondent positivement.
- 43,3% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir un antécédent de TS au cours de la vie répondent positivement
- un quart de la population sans-abri a par ailleurs un risque suicidaire élevé à modéré selon les critères de la MINI, niveau qui justifierait une prise en charge de crise suicidaire.

Les dispositifs d'intervention au bénéfice des personnes sans abri, notamment celles souffrant de troubles psychiques sévères, ont une efficacité en termes de diminution des taux de prévalence d'idées suicidaires, même s'ils n'ont pas prouvé à ce stade d'intérêt en termes de diminution de passages à l'acte et de mortalité par suicide.

Les essais évaluant l'efficacité du *Housing First* montrent des effets significatifs sur la prévalence mais aussi sur l'intensité du risque suicidaire des personnes sans abri au cours du suivi, sans effet de groupe. Les programmes de type Un Chez Soi d'Abord gagneraient à intégrer systématiquement la problématique du risque suicidaire dans l'accompagnement des personnes sans abri, que ce soit à l'inclusion ou au cours du suivi. Des mesures spécifiques de prévention pourraient y être intégrées.

Les études de mortalité des personnes sans-abri méritent d'être actualisées à l'échelle locale, en prenant en compte la part des morts inexplicables, afin de mieux évaluer l'ampleur du suicide chez les personnes sans-abri en France et d'enrichir la littérature internationale à ce sujet. En effet, la population sans abri se caractérise par une grande hétérogénéité qui complexifie le recueil et l'analyse des données.

Enfin, les nombreux cofacteurs de risque, démographique, sociaux, médicaux ou spécifiques à la question du sans-abrisme, méritent d'être mieux identifiés, compte tenu de l'interdépendance entre la question de la précarité et celle des conduites suicidaires, et plus généralement de « l'adversité sociale » et de la santé psychique des individus qui y sont exposés.

Durkheim, qui voyait le suicide comme un fait social, supposait que l'augmentation du taux de suicide observé allait de pair avec le développement économique, celui-ci impliquant le développement de l'individualisme et une diminution de la cohésion sociale.

Cette hypothèse reste actuelle mais peut être complétée ou discutée avec l'appui des apports épidémiologiques et psychopathologiques et sociologiques qui enrichissent la suicidologie. En effet, c'est sans doute moins le niveau vie absolu que le sentiment d'exclusion sociale, ressenti en comparaison au reste de la population, qui entrerait en compte dans le processus suicidaire. Il est aujourd'hui admis que le taux de suicide est particulièrement élevé dans les pays riches, mais on sait moins que cela est surtout lié aux taux observés dans les espaces défavorisés de ces pays.

Cette revue irait dans le sens de ces recherches sur le rapport entre l'exclusion et la douleur mentale, qui serait un pivot du processus suicidaire. Comme le formule P. Courtet et al ⁶⁷, cette « douleur sociale » serait au centre des conduites suicidaires. Sur le plan interindividuel, il est prouvé qu'une faible perception du niveau d'appartenance à un groupe social ou un sentiment de menace sociale entraînent à la fois des troubles de l'adaptation comportementale et des modifications cognitives.

Dans le modèle bio-psycho-social actuellement retenu comme hypothèse explicative centrale des troubles mentaux, les interactions entre ces trois catégories de facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux) sont peut-être tout aussi importantes que les facteurs pris isolément.

BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. Centre Ressource en Suicidologie. La suicidologie : historique et définition. 15 juin 2018. Disponible : cresuicidologie.fr/la-suicidologie-historique-definition/zoom/
2. Collège National des Universitaires en Psychiatrie, référentiel de Psychiatrie. Presse Universitaire François Rabelais. 2014
3. Durkheim E. Le Suicide, étude de sociologie. PUF, Paris. 1897
4. [En ligne]. Observatoire National sur le Suicide. 3ème Rapport sur le suicide. févr 2018. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
5. [En ligne]. Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? Conférence de consensus pour les sans-abri. 2007. Disponible : http://sansabri.typepad.fr/conference_de_consensus/2007/10/fiche-n1---les-.html
6. Pichon P. SDF, Sans Abri, Itinérant, Oser la Comparaison. Presse Universitaire de Louvain. 2009
7. Wresinski J. Rapport sur la Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel. 1987
8. [En ligne]. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement. Disponible : <http://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-lexclusion-liee-au-logement>
9. [En ligne]. 21e rapport sur l'état du mal-logement en France 2016. Fondation Abbé Pierre. Disponible : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/etat-du-mallogement/les-rapports-annuels/21e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2016>
10. Clanche F. Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales. Notes méthodologiques. Sociétés contemporaines. 1998 ; 30(1):181 96.
11. [En ligne]. Collectif Morts de la Rue. Rapport de 2017. Disponible : <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article127>
12. [En ligne]. Samenta- SANTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens. Samu Social de Paris. 2009. Disponible : <https://www.samusocial.paris/samenta-sante-mentale-etaddictions-chez-les-sans-domicile-franciliens>
13. 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. PLoS medicine. 2008 ; 5:e225
14. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Le Masson V., Le Mener E., Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social de Paris et INSERM (UPMC, UMRS-707). 2010
15. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. avr 2000;51(4):487 93.

16. Girard, V. ; Laval, C. ; Estecahandy, P. Une expérimentation française originale du modèle américain “housing first” ». dans Sans abri en Europe, le magazine de la Feantsa. 2011 ; 178
17. [En ligne]. The Housing First Model, Pathways to Housing. Disponible : <https://pathwaystohousingpa.org/housing-first-model>
18. [En ligne]. National At Home/Chez Soi Final Report | Mental Health Commission of Canada. Disponible : <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/24376/nationalhomechez-soi-final-report>
19. [Internet]. Collectif Morts de la Rue. Données statistiques, articles - Disponible : <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article127>
20. Hoffberg A. ; Spiter E. ; Mackelprang J. ; Farro S. Brenner L. Suicidal Self-Directed Violence Among Homeless US Veterans: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 48 (4). August 2018
21. Aquin JP, Roos LE, Distasio J, Katz LY, Bourque J, Bolton JM, et al. Effect of Housing First on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*. juill 2017;62(7):473-81.
22. Arnautovska U, Sveticic J, De Leo D. What differentiates homeless persons who died by suicide from other suicides in Australia? A comparative analysis using a unique mortality register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 avr 2014;49(4):583-9.
23. Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia:a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;103(2):105-10.
24. Baggett TP, Hwang SW, O’Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-Year Period. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):189-95.
25. Barrett P, Griffin E, Corcoran P, O’Mahony MT, Arensman E. Self-harm among the homeless population in Ireland: A national registry-based study of incidence and associated factors. *J Affect Disord*. 15 2018;229:523-31.
26. Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health*. mars 2011;39(2):121-7.
27. Calvo-García F, Giralt-Vázquez C, Calvet-Roura A, Carbonells-Sánchez X. Suicide risk among homeless population. *Clinica y Salud*. 2016;27(2):89-96.
28. Collins SE, Taylor EM, King VL, Hatsukami AS, Jones MB, Lee C-Y, et al. Suicidality Among Chronically Homeless People with Alcohol Problems Attenuates Following Exposure to Housing First. *Suicide Life Threat Behav*. déc 2016;46(6):655-63.
29. Coohy C, Easton SD, Kong J, Bockenstedt JKW. Sources of psychological pain and suicidal thoughts among homeless adults. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2015;45(3):271-80.
30. Desai RA, Liu-Mares W, Dausey DJ, Rosenheck RA. Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*. juin 2003;191(6):365-71.

31. Dietz TL. Substance Misuse, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts Among a National Sample of Homeless. *Journal of Social Service Research*. 8 déc 2010;37(1):1-18.
32. Eynan R, Langley J, Tolomiczenko G, Rhodes AE, Links P, Wasylenki D, et al. The Association between Homelessness and Suicidal Ideation and Behaviors: Results of a Cross-sectional Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1 déc 2002;32(4):418-27.
33. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S, et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med*. 20 août 2014;12:138..
34. Fitzpatrick KM, Irwin J, Lagory M, Ritchey F. Just thinking about it: social capital and suicide ideation among homeless persons. *J Health Psychol*. sept 2007;12(5):750-60.
35. Hwang SW. Causes of Death in Homeless Adults in Boston. *Annals of Internal Medicine*. 15 avr 1997;126(8):625.
36. Hwang SW. Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 26 avr 2000;283(16):2152-7.
37. Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA. Risk Factors for Death in Homeless Adults in Boston. *Arch Intern Med*. 13 juill 1998;158(13):1454-60.
38. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 26 oct 2009;339:b4036.
39. 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.
40. Lee KH, Jun JS, Kim YJ, Roh S, Moon SS, Bukonda N, et al. Mental Health, Substance Abuse, and Suicide Among Homeless Adults. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. 4 juill 2017;14(4):229-42.
41. Linn LS, Gelberg L, Leake B. Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low-income users of a medical clinic. *Hosp Community Psychiatry*. mars 1990;41(3):306-10.
42. Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*. févr 2014;24(1):50-6.
43. Noël F, Moniruzzaman A, Somers J, Frankish J, Strehlau V, Schütz C, et al. A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2016;51(1):107-14.
44. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 12 juill 2003;327(7406):81.
45. Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S. Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. avr 2014;49(4):573-82.

46. Padgett DK, Struening EL. Victimization and traumatic injuries among the homeless: associations with alcohol, drug, and mental problems. *Am J Orthopsychiatry*. oct 1992;62(4):525-34.
47. Panadero S, Martín R, Vázquez JJ. Suicide attempts and stressful life events among homeless people in Madrid (Spain). *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2018;28(4):200-12.
48. Patterson ML, Somers JM, Moniruzzaman A. Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. *Mental Health and Substance Use*. 1 mai 2012;5(2):85-101.
49. Prigerson HG, Desai RA, Liu-Mares W, Rosenheck RA. Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 avr 2003;38(4):213-9.
50. Roze M, Vandentorren S, van der waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *Journal of Affective Disorders*. 15 mars 2018;229:314-21.
51. Sarajlija M, Jugovi A, Živaljevi D, Merdovi B, Sarajlija A. Assessment of health status and quality of life of homeless persons in Belgrade, Serbia. *Vojnosanitetski pregled*. 2014;71(2):167-74.
52. Schutt RK, Meschede T, Rierdan J. Distress, Suicidal Thoughts, and Social Support Among Homeless Adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994;35(2):134-42.
53. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *Eur J Public Health*. 1 avr 2018;28(2):248-52.
54. Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A, Currie L, Rezansoff SN, Palepu A, et al. Vancouver At Home: pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. *Trials*. déc 2013;14(1):365.
55. Strehlau V, Torchalla I, Kathy L, Schuetz C, Krausz M. Mental Health, Concurrent Disorders, and Health Care Utilization in Homeless Women. *Journal of Psychiatric Practice®*. sept 2012;18(5):349.
56. Termorshuizen F, van Bergen AP, Smit RB, Smeets HM, van Ameijden EJ. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry*. 1 août 2014;60(5):426-35.
57. Torchalla I, Li K, Strehlau V, Linden IA, Krausz M. Religious Participation and Substance Use Behaviors in a Canadian Sample of Homeless People. *Community Ment Health J*. 1 oct 2014;50(7):862-9.
58. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 nov 2011;118(2):173-9.
59. Tsai J. Lifetime and 1-year prevalence of homelessness in the US population: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *J Public Health (Oxf)*. 1 mars 2018;40(1):65-74.

60. Wolford-Clevenger C, Smith PN. The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*. 1 févr 2017;106:46-51.
61. Suzuki H, Hikiji W, Tanifuji T et al. Medical death of homeless persons in Tokyo Metropolis over 12 years (1999-2010). Tokyo Medical Examiner's Office. *Legal Medicine* 15 (2013) ; 126-133
62. Bickley H, Kapur N, Hunt I. Suicide in the homeless within 12 months of contact with mental health services, A national clinical survey in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) 41:686-69
63. Shneidman Edwin S. The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 29(4), Winter 1999
64. Patterson AA, Holden RR. Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide Life Threat Behav*. 2012 Apr;42(2):147-56.
65. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. *BMC Public Health*. 2014;14(1):690.
66. [En ligne] Médecins du Monde. étude de mortalité sans abris Marseille. Disponible : http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude_mortalite_sans_abris_Marseille.pdf
67. Courtet P, Olié E. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L'Encéphale*-Vol.45 - 2017 N° S1 - p. 7-12

ANNEXES

Annexe 1 - Version française du module d'évaluation du risque suicidaire de la 5ème version de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Au cours du mois écoulé avez-vous :

C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort (e) ou souhaité être mort (e) ?

C2 : Voulu vous faire du mal ?

C3 : Pensé à vous suicider ?

C4 : Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?

C5 : Fait une tentative de suicide ?

C6 : Au cours de votre vie avez-vous fait une tentative de suicide ?

Y-a-t-il un OUI au moins ci-dessus ?

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : Léger

C3 ou (C2+C6) = OUI : Modéré

C4 ou C5 ou (C3+C6) = OUI : Elevé

Annexe 2 - Typologie européenne du « sans-abrisme » et de l'exclusion liée au logement : ETHOS

ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie. FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

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

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



FEANTSA

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

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

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

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

JANNEL

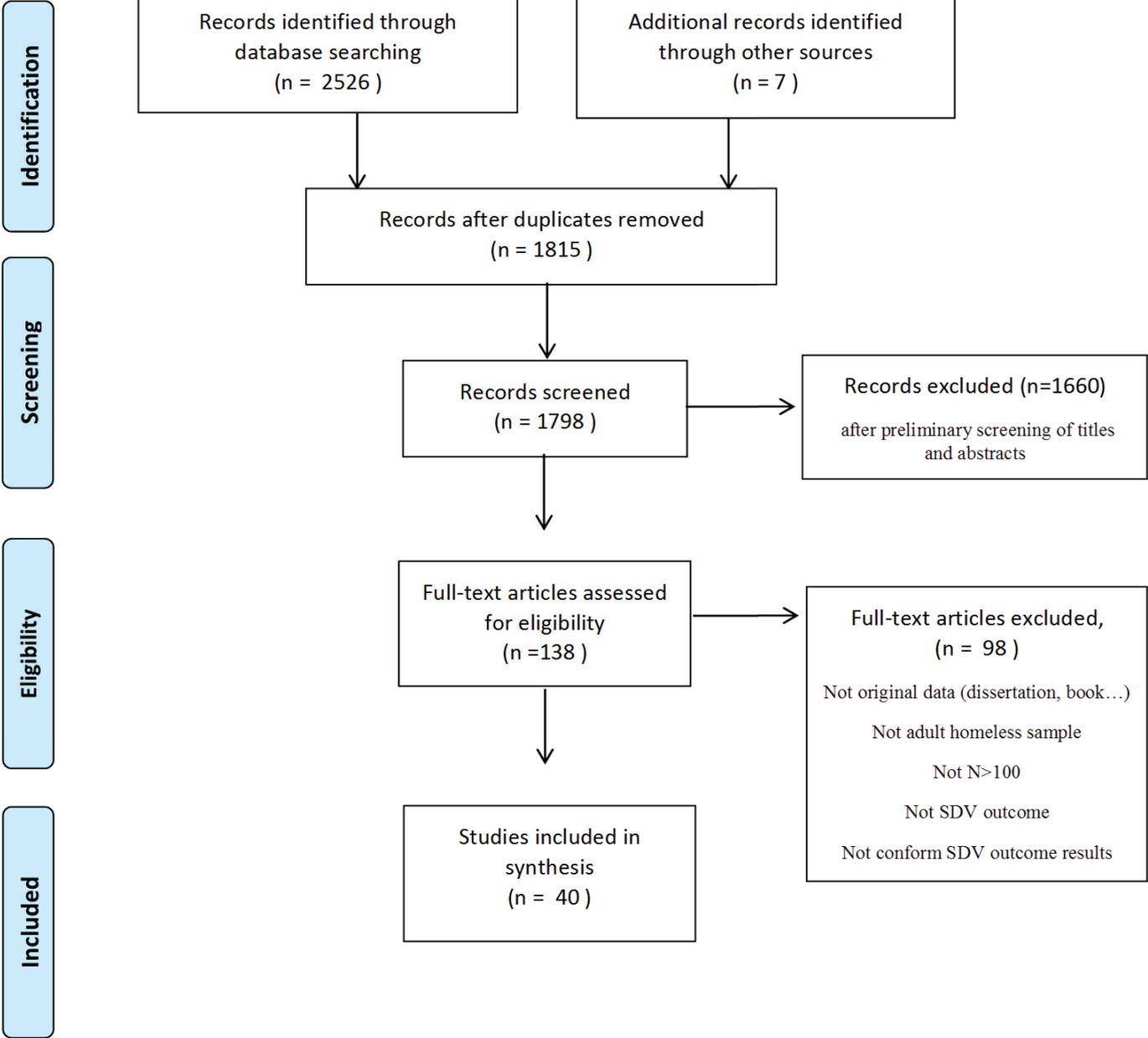
Catégorie opérationnelle		Situation de vie	Définition générale
SANS ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement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

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

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

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

Annexe 3- Flowchart : sélection des articles « conduites suicidaires et sans-abrisme »



Annexe 4 - Tableau 1 : Principales caractéristiques des articles sélectionnés dans le cadre de la revue conduites suicidaires chez les personnes sans abri

	Auteurs	Titre	An	Design	Pays	Exposition	Outcome	Age médian	% sexe masculin
1	Aquin and al	Effect of housing first on suicidal behaviour: A randomised controlled trial of homeless adults with mental disorders	2017	Essai clinique randomisé, interventionnel	Canada	2255	TS et IS	41	68
2	Arnautovska and al	What differentiates homeless persons who died by suicide from other suicides in Australia? A comparative analysis using a unique mortality register	2014	Cohorte rétrospective	Australia	92 cas	suicide		89
3	Babidge and al	Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: A 10-year follow-up	2001	descriptive longitudinale prospective avec comparaison	Australia	708	suicide	38	90
4	Bagget and al	Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period	2013	Descriptive longitudinale, revue de mortalité	USA	28033	suicide	41	66
5	Barrett and al	Self-harm among the homeless population in Ireland: A national registry-based study of incidence and associated factors	2018	cohorte rétrospective	Ireland	1356 cas	<i>selfharm</i>	33	66
6	Beijer and al	Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm	2011	Descriptive longitudinale, revue de mortalité	Sweden	2283	suicide	42	76
7	Calvo-Garcia and al	Suicide risk among homeless population	2016	descriptive transversale	Spain	150	IS	43	86
8	Collins and al	Suicidality among chronically homeless people with alcohol problems attenuates following exposure to housing first	2016	cohorte rétrospective avant/après	USA	134	TS et IS	48	94
9	Coohey and al	Sources of psychological pain and suicidal thoughts among homeless adults	2015	descriptive transversale	USA	457	IS	39	38
10	Desai and al	Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness.	2003	descriptive transversale	USA	7224	IS		62
11	Dietz and al	Substance misuse, suicidal ideation, and suicide attempts among a national sample of <homeless	2011	descriptive transversale	USA	2974	SA et IS	38	68
12	Eynan and al	The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: Results of a cross-sectional survey.	2002	descriptive transversale	Canada	330	SA et IS	33	78
13	Fekadu and al	Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia	2014	descriptive transversale	Ethiopia	217	TS IS	33	90

14	Fitzpatrick and al	Just thinking about it: Social Capital and suicide ideation among homeless persons.	2007	descriptive transversale	USA	161	IS		64
15	Hwang and al	Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario	2000	descriptive longitudinale	Canada	8933	suicide	36	
16	Hwang and al	Causes of death in homeless adults in Boston	1997	descriptive longitudinale, revue de mortalité	USA	17,292	suicide	44	68
17	Hwang and al	Risk factors for death in homeless adults in Boston	1998	cas témoin	USA	558 cas	TS	45	86
18	Hwang and al	Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study	2009	descriptive longitudinale, revue de mortalité	Canada	15100	suicide		
19	Krausz and al	Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings	2013	descriptive transversale	Canada	489	RS	38	61
20	Lee and al	Mental health, substance abuse, and suicide among homeless adults	2017	descriptive transversale	USA	156	TS IS		66
21	Linn and al	Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low-income users of a medical clinic	1990	descriptive transversale exposé non-exposé	USA	214	TS IS	33	
22	Nilsson and al	Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: A Danish nationwide register-based cohort study	2014	descriptive longitudinale	Denmark	32010	suicide		70
23	Noel and al	A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals	2016	interventionnelle, rétrospective, randomisée	Canada	497	IS	41	73
24	Nordentoft and al	10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen	2003	descriptive longitudinale prospective	Denmark	764	suicide		88
25	Okamura and al	Suicidal behavior among homeless people in Japan	2014	descriptive transversale	Japan	423	TS IS	61	93
26	Padgett and al	Victimization and traumatic injuries among the homeless: Associations with alcohol, drug, and mental problems	1992	descriptive transversale	USA New York	1260	TS	36	
27	Panadero and al	Suicide attempts and stressful life events among homeless people in madrid (spain)	2018	descriptive transversale	Spain	188	TS	48	84
28	Patterson and al	Prolonged and persistent homelessness: Multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia	2012	descriptive transversale avec analyse multivariable	Canada	425	RS	41	74
29	Prigerson and al	Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons Age-specific risks of substance abuse	2003	descriptive transversale	USA	7224	IS	39	62
30	Roze and	Factors associated with depression among homeless mothers.	2018	descriptive transversale	France	733	RS	31	

Annexe 5- Tableau 2 : Taux de Mortalité par suicide et de cause inconnue chez les personnes exposées au sans-abrisme

Auteur	Année	Pays	N (nombre de sujets inclus)	Critères d'exposition	Durée de suivi (en années)	Mortalité par suicide : Ratios de mortalité brut Ou relatifs (SMR, HR ou RR)	Mortalité toute cause ou mortalité de cause inconnue :
Arnavutovska and al	2014	Australia	92 cas	sans logement, en foyer, logement insalubre	9	Ratio brut : 27.6 per 100,000 (40.9 per 100,000 hommes et 8.9 per 100,000 femmes) personne-années RR = 1,9 (IC95%=1,5; 2,5)	
Bagget and al	2033	USA	28033	Boston Health Care for the homeless program	6	Ratio : 39,8 per 100000 personne-années	
Beijer and al	2011	Sweden	2283	Demande de traitement en addictologie	10	RR Men = 1.8 (IC95% = 0.6 ; 4.2) Women = 6.6 (IC95% =1.4 ; 19.5)	
Hwang and al	2000	Canada	8933	en foyer ("Sheltered")	3	RR 18-24 years: 10.3 (95%IC= 2.3-46.4) RR 25-44 years: 3.1 (95%IC= 1.6-6.2) RR 45-64 years: 50.2 (95%IC= 0.7-11.6)	8.3 (95%CI= 4.4-5.6) 3,7 (95%IC= 3-4.6) 2,3 (95%IC=1,8-3)
Hwang and al	1997	USA	17292	HL reçu dans le cadre d'un programme de santé publique	5	RR Men 25-44 years : 3,2 (95%IC= 1,4-7,2)	
Hwang and al	2009	Canada	15100	en foyer ou logement précaire, >25 a	11	RR Men : 2.3 (95%IC = 1.8 ; 3.1) RR Women : 5.6 (95%IC = 3.2 ; 9.6)	
Nilsson and al	2014	Denmark	32010	>16 ans	9	Ratio brut: 174.4 per 100000 pour les hommes (95%IC= 150.6–198.1) et 111.4 per 100 000 pour les femmes (95%IC= 81.7–141.1)	
Termorshuize n and al	2014	Netherlands	6724	HL reçu dans le cadre du PMHc	10	HR = 3.63 (95%IC= 1.42-9.26)	2.99 (95%IC= 2.63-3.41)

Stockers and al	2018	Netherlands	2130		Demandeur d'aide	9 (avant et après intervention)	SMR = 14.2 (95%IC=9.2-20.9)	
Nordentoft and al	2003	Denmark	764		en foyer ("Sheltered")	10	SMR = 6.0 (95%IC= 3.9-8.1)	3.8 (IC95%= 3.5-4.1) Mortalité de cause inconnue : 62.9 (IC95%= 52.7-73.2)
Babidge and al	2001	Australia	708		HL fréquentant des établissements psychiatriques, dont 506 atteints de schizophrénie	10	SMR Schizophrenia (n=455) 20-29 years: 17.39 (95%IC= 4.74-44.53) 30-39 years: 11.76 (95%IC= 3.21-30.12) 40-49 years: 16.67 (95%IC= 3.44-48.71) 50-59 years : 0 (95%IC= 0.00-40.99) SMR Non-schizophrenia (n=182) 20-29 years: 0 (95%IC= 0.00-28.37) 30-39 years: 33.34 (95%IC= 6.88-97.42) 40-49 years: 50.00 (95%IC= 13.63-128.03) 50-59 years: 25.00 (95%IC= 0.18-139.32)	3,14 pour les hommes et 3,76 pour les femmes

Légende

HL : Homelessness (exposition au sans-abrisme)

HR : Hasard Ratio

SMR : Standardized Mortality Ratio

Years : années

Annexe 6- Tableau 3 : Prévalence des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide chez les personnes exposées au sans-abrisme

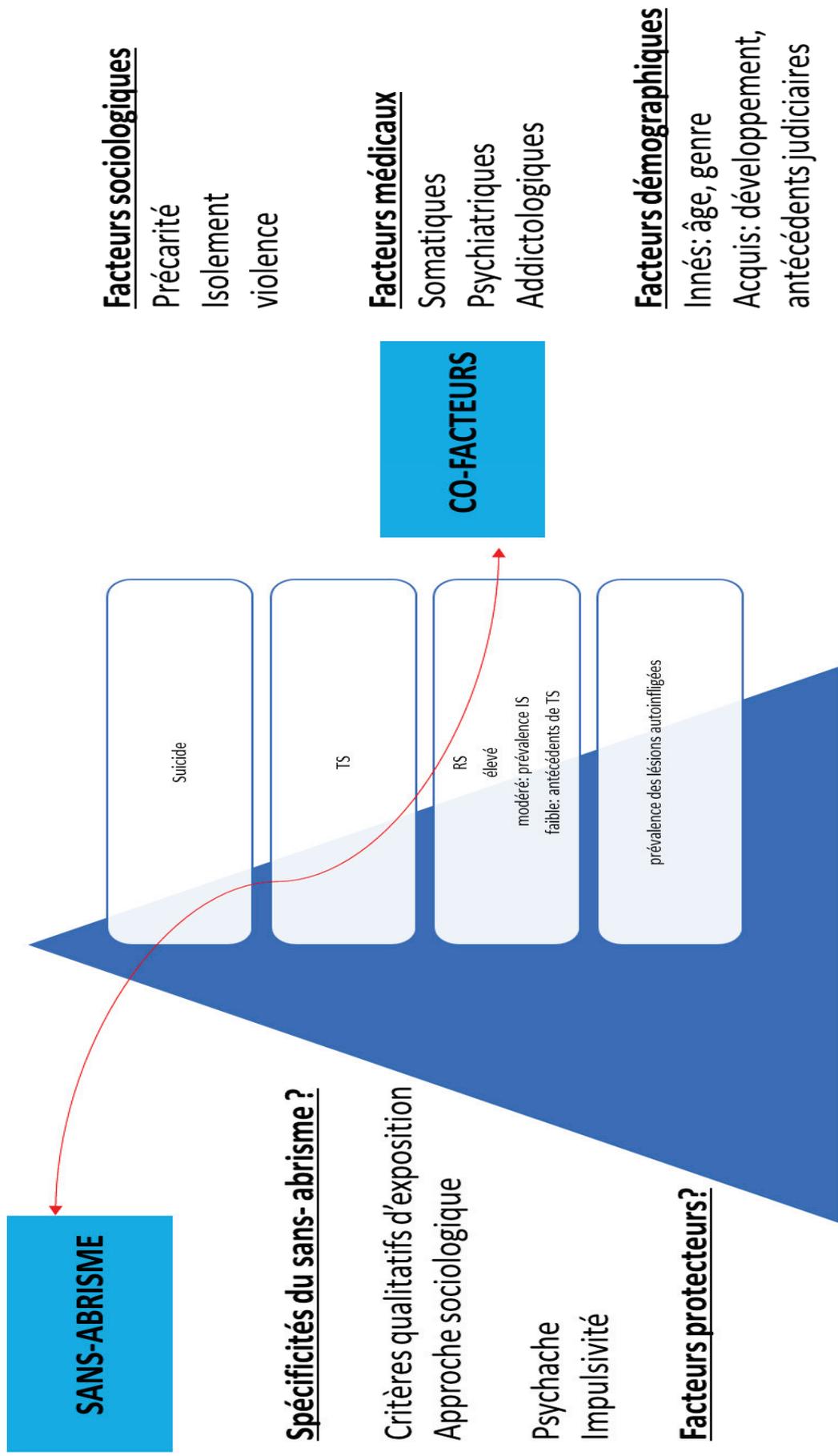
Auteur	An	Pays	N (nombre de sujets inclus)	Critères d'exposition au sans-abrisme	Prévalence des idées suicidaires (IS), au cours du dernier mois sauf mention contraire	Prévalence des tentatives de suicide (TS) au cours de la vie	Prévalence des tentatives de suicide "récentes"
Aquin and al	2017	Canada	2255	bénéficiant d'un programme <i>Housing First</i> , multicentrique	<u>37,30%</u>	<u>55,40%</u>	5,6% au cours du dernier mois
Calvo-Garcia and al	2016	Spain	150		38,3% "la dernière année"	<u>24.7%</u>	
Collins and al	2016	USA	134	bénéficiant d'un programme <i>Housing First</i> avec trouble de l'usage d'alcool associé	<u>42,6%</u> (RR environ 4 fois > population générale)	<u>33,80%</u>	
Coohey and al	2015	USA	457	en foyer ("sheltered") 62% de femmes	17% d'idéation suicidaire "sérieuse"	<u>33%</u>	
Desai and al	2003	USA	7224	avec trouble psychique sévère	<u>37,5%</u> , 66,2% "au cours de la vie"	<u>51,30%</u>	8% au cours du dernier mois
Dietz and al	2011	USA	2974		16% "la dernière année"		6% la dernière année
Eynan and al	2002	Canada	330	en foyer ("sheltered")	<u>61%</u> (78% chez les femmes et 56% chez les hommes)	<u>34%</u> (femmes : 57 et hommes : 28%)	
Fekadu and al	2014	Ethiopia	217	à la rue	21,7% fréquent/persistent		14,8% au cours du dernier mois
Fitzpatrick and al	2007	USA	161		31% ("depuis le sans-abrisme)		
Chwang and al	1998	USA	558 témoins			8% (SA entraînant une hospitalisation)	
Lee and al	2017	USA	156	en foyer ("sheltered")		<u>40,90%</u>	21,6% la dernière année

Linn and al	1990	USA	214	214 HL hospitalisées comparées à 250 personnes précaires	24% (vs 20% chez les précaires domiciliés)	30% (vs 20% chez les précaires)	
Noel and al	2016	Canada	497	bénéficiant d'un programme <i>Housing First</i> (297 avec des besoins élevés et 200 avec des besoins modérés)	30% à l'inclusion et 10% après 2 ans		
Okamura and al	2014	Japan	423		12.2 % « de façon récurrente »	17,70%	2,9% les deux dernières semaines
Padgett and al	1992	USA New York	1260			11,5% (hommes: 10,4%; femmes: 15,8%)	
Panadero and al	2018	Spain	188	sans logement, en foyer, logement insalubre		30%	
Prigerson and al	2003	USA	7224	souffrant d'un trouble psychique, programme ACCESS	37.5 %		7,3% au cours du dernier mois
Sarajlija and al	2014	Serbia	104	en foyer ("sheltered")		26,90%	
Schutt and al	1994	USA	218	en foyer ("sheltered")			13% au cours du dernier mois
Torchalla and al	2014	Canada	500			39%	
Torchalla and al	2011	Canada	196 women	à la rue, 65% avec une comorbidité addictive		50.3% (avec trouble d'usage: 57,4% ; sans: 33,3%)	
Bisai and al	2018	USA	704	échantillon représentatif de 36299 adultes		24,30%	
Welford-Schreivenger and al	2017	USA	134	femmes victimes de violences conjugales, en foyer		28% (dont 8% multiples)	

Annexe 7- Tableau 4 : Prévalence du risque suicidaire actuel, de modéré à élevé, selon la grille MINI chez les personnes exposées au sans-abrisme

Auteur	Année	Pays	N (nombre de sujets inclus)	Critères d'exposition HL	Prévalence d'un risque suicidaire actuel modéré ou élevé d'après l'évaluation MINI
Strehlau and al	2012	Canada	196	Femmes	22%
Patterson and al	2012	Canada	425	HL absolu (à la rue) ou hébergement précaire avec trouble mental	35%
Roze and al	2018	France	733	mères en foyer d'hébergement	18,30%
Krausz and al	2013	Canada	489		16,40%
Somers and al	2013	Canada	497	bénéficiant d'un programme <i>Housing First</i>	35% (31% chez les personnes avec niveau de besoin élevé et 37% modérés)

Annexe 8 : Schéma d'interdépendance des facteurs de risque d'exposition au sans-abrisme et de prévalence de conduites suicidaires



Pierre JANNEL

Suicide et violences autodirigées chez les personnes adultes sans-abri

Revue narrative de la littérature

RESUME

Contexte. Une population pour laquelle la suicidologie développe un intérêt est celle qu'on qualifie dans ce travail de « sans-abri ». Les facteurs de risque démographiques, sociologiques et cliniques qu'on retrouve chez cette population justifient l'intérêt de mieux identifier, quantifier et comprendre les conduites suicidaires chez ces personnes qui subissent un niveau extrême de précarité.

Objectifs. L'objectif principal de cette revue de la littérature scientifique est de quantifier et caractériser les conduites suicidaires (qui comprennent : le suicide, les antécédents de tentatives de suicide (TS), la prévalence des idées (IS) et du risque (RS) suicidaires) survenant chez les personnes exposées au sans-abrisme. Ce travail vise aussi à évaluer l'efficacité des mesures de prévention des conduites suicidaires chez les personnes sans-abri.

Méthode. Une revue de la littérature scientifique a été conduite pour investiguer les conduites suicidaires et identifier des stratégies de prévention du suicide chez les personnes sans-abri. En Août 2018, nous avons recherché sur les bases de données MEDLINE, SCOPUS et PSYCINFO les articles publiés depuis le 1er Janvier 1973 traitant des conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abri. Les sous-populations spécifiques d'anciens militaires américains ainsi que les enfants ou adolescents sans-abri ont été exclues de cette recherche compte tenu de travaux spécifiques les concernant. Nous avons inclus les articles originaux traduits en langue anglaise incluant un minimum de cent individus exposés au sans-abrisme, qui contenaient une estimation quantitative standardisée des conduites suicidaires : d'une part les suicides ou les décès inexpliqués formulés en ratios de mortalité, d'autre part les taux de prévalence de TS, IS, RS ou de lésions auto-infligées (« *selfharm* ») exprimés en pourcentage.

Résultats. 36 études observationnelles et 4 études interventionnelles ont été incluses dans cette revue. 4 de ces articles formulent une estimation standardisée par rapport au sexe et à l'âge des suicides comparée à une population générale de référence. Les estimations significatives de ces SMSR (Standardized Mortality by Suicide Ratio) ou HR (Hasard Ratio) vont de 1.9 (IC95%=1.5-2.5) à 14.2 (95%IC=9.2-20.9). 43% des personnes exposées au sans-abrisme interrogées sur le fait d'avoir réalisé une TS au cours de leur vie répondent positivement ; 39,7% des personnes sans-abri interrogées sur le fait d'avoir eu des IS au cours du dernier mois répondent affirmativement (moyennes pondérées par l'effectif des études ; 34% des personnes sans-abri étaient considérées d'après leurs déclarations comme ayant un RS élevé ou modéré actuel.

Les études interventionnelles de type *housing first* (Logement d'abord) n'apportent pas de résultat significatif en termes du suicide. Cependant, ces quelques essais cliniques randomisés montrent de façon homogène une décroissance du taux d'IS entre le moment de l'inclusion et le suivi à 6 mois, 1 an et 2 ans, décroissance d'importance comparable dans les groupes *housing first* et témoin (suivi dans le cadre d'un traitement habituel).

Discussion. Les études de mortalité des personnes sans-abri méritent d'être actualisées à l'échelle locale, en prenant en compte la part des morts inexpliquées, afin de mieux évaluer l'ampleur du suicide chez les personnes sans-abri. En effet, la prévalence des conduites suicidaires apparaît globalement plus importante (environ dix fois supérieure) chez les sans-abri que dans la population générale, notamment les IS et les TS, d'où un RS plus élevé chez cette population. Ces marqueurs de souffrance psychique doivent être détectés et considérés comme des enjeux cliniques et sociologiques au sein de cette population extrêmement précaire. Cependant, il est difficile d'affirmer, compte tenu de l'hétérogénéité des études, de la faible puissance statistique de la plupart d'entre elles vis-à-vis de la fréquence des événements étudiés, de la prévalence des cofacteurs et de l'absence de méta-analyse, que l'exposition au sans-abrisme est un facteur de risque indépendant de passage à l'acte suicidaire. Le sur-risque observé peut aussi être considéré comme une résultante des cofacteurs démographiques, cliniques (comorbidités somatiques psychiatriques et addictives notamment) et sociologiques (précarité, faible support et faibles facteurs protecteurs).

MOTS CLES

Sans-abrisme, Sans Domicile, Précarité, Suicide, risque suicidaire, Idéation suicidaire, Tentative de suicide, Violences autodirigées, Mortalité

JURY

Président : Monsieur le Professeur Emmanuek POULET
Membres : Monsieur le Professeur Thierry DAMATO
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Docteur Edouard LEAUNE

DATE DE SOUTENANCE : le 6 mai 2019

5 rue Appian, 69005 Lyon
pierrejannel@gmail.com