



*Les causes de mortalité des personnes sans chez-soi: étude rétrospective
des levées de corps réalisées à Marseille en 2011*

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 octobre 2014

Par Monsieur *Cyril LECOMTE*

Né le 25 septembre 1981 à Echirolles (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de Psychiatrie

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur Christophe LANCON

Président

Monsieur le Professeur Jean NAUDIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Christophe BARTOLI

Assesseur

Madame le Docteur Aurélie TINLAND

Assesseur

Monsieur Docteur Vincent GIRARD

Directeur

UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * pour le Département Professionnel Continu : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Christian BRUNET

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Gilles BOUVENOT et Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Gérard SEBAHOUN
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Stéphane BERDAH
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * DPC Spécialités Médicales : Gilbert HABIB
- * DPC Spécialités Chirurgicales : Jean-Luc JOUVE
- * DPC Médecine Générale : Yves FRANCES
- * DPC Paramédicaux : Catherine METZLER/GUILLEMAIN
- * Personnel BIATSS : Emmanuelle CHARAFFE-JAUFFRET
- * Etudiants : Lola LOUSSERT

Chef des services généraux :

- * Pascale SOLO

Chefs de service :

- * Communication : Ghislaine HANCY
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Scolarité Pédagogique : Christine GAUTHIER
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Intérieur : Joëlle FRAVEGA

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GEROLAMI-SANTANDREA André
	ALDIGHERI René		GIUDICELLI Roger
	ALLIEZ Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	AQUARON Robert		GOUDARD Alain
	ARGEME Maxime		GOUIN François
	ASSADOURIAN Robert		GRIMAUD Charles
	BAILLE Yves		GRISOLI François
	BARDOT André		GROULIER Pierre
	BERARD Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERGOIN Maurice		HASSOUN Jacques
	BERNARD Dominique		HEIM Marc
	BERNARD Pierre-Marie		HOUEL Jean
	BERTRAND Edmond		HUGUET Jean-François
	BISSET Jean-Pierre		JAQUET Philippe
	BLANC Bernard		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUTIN Christian		KHALIL Richard
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BUREAU Henri		LOUCHET Edmond
	CAMBOULIVES Jean		LOUIS René
	CANNONI Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CARCASSONNE Yves		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CHAMLIAN Albert		MALLAN- MANCINI Josette
	CHARREL Michel		MALMEJAC Claude
	CHOUX Maurice		MATTEI Jean François
	CIANFARANI François		MERCIER Claude
	CLEMENT Robert		METGE Paul
	CODACCIONI Jean-Louis		MICHOTEY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CORRIOL Jacques		MIRANDA François
	COTTE Gérard		MONFORT Gérard
	DALMAS Henri		MONGES André
	DESANTI Etienne		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	FARISSE Jacques		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELLET William
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony
	FIGARELLA Jacques		PENE Pierre
	FRANCOIS Georges		PERRIMOND Henri
	FUENTES Pierre		PIANA Lucien
	GABRIEL Bernard		PICAUD Robert
	GALINIER Louis		PIGNOL Fernand
	GALLAIS Hervé		POGGI Louis
	GAMERRE Marc		PONCET Michel
	GARCIN Michel		POYEN Danièle
	GASCARD Emile		PRIVAT Yvan
	GAUTHIER André		QUILICHINI Francis
	GERARD Raymond		RANQUE Jacques

PROFESSEURS HONORAIRES

MM RANQUE Philippe
REBOUD Eugène
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUF Henri
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Henry
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITE Raymond
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TOURNIGAND Pierre
TRIFAUD André
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2007

M. le Professeur LEVY Samuel 31/08/2011

2008

M. le Professeur LEVY Samuel 31/08/2011

Mme le Professeur JUHAN-VAGUE Irène 31/08/2011

M. le Professeur PONCET Michel 31/08/2011

M. le Professeur KASBARIAN Michel 31/08/2011

M. le Professeur ROBERTOUX Pierre 31/08/2011

2009

M. le Professeur DJIANE Pierre 31/08/2011

M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2012

2010

M. le Professeur MAGNAN Jacques 31/12/2014

2011

M. le Professeur DI MARINO Vincent 31/08/2015

M. le Professeur MARTIN Pierre 31/08/2015

M. le Professeur METRAS Dominique 31/08/2015

2012

M. le Professeur AUBANIAC Jean-Manuel 31/08/2015

M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2015

M. le Professeur CAMBOULIVES Jean 31/08/2015

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2015

2013

M. le Professeur BRANCHEREAU Alain 31/08/2016

M. le Professeur CARAYON Pierre 31/08/2016

M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2016

M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2016

M. le Professeur HENRY Jean-François 31/08/2016

M. le Professeur LE GUICHAOUA Marie-Roberte 31/08/2016

M. le Professeur RUFO Marcel 31/08/2016

M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2016

2014

M. le Professeur FUENTES Pierre 31/08/2017

M. le Professeur GAMERRE Marc 31/08/2017

M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2017

M. le Professeur PERAGUT Jean-Claude 31/08/2017

M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AUTILLO/TOUATI Amapola
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARDOT Jacques
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLADOU Franck
BLAISE Didier
BLANC Jean-Louis Surnombre
BLIN Olivier
BOLLINI Gérard Surnombre
BONGRAND Pierre
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BRETTELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Christian
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CASANOVA Dominique
CAU Pierre Surnombre
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle

CHIARONI Jacques
CHARPIN Denis
CHAUMOITRE Kathia
CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel
COLLART Frédéric
CONRATH John
CONTE-DEVOLX Bernard Surnombre
COSTELLO Régis
COULANGE Christian Surnombre
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DE LAGAUSIE Pascal
DE MICCO Philippe Surnombre
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FONTES Michel
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain
FRANCES Yves
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GARNIER Jean-Marc Surnombre
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HEIM Marc
HOFFART Louis
HOUVENAEHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JAMMES Yves Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KREITMANN Bernard
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METELLUS Philippe
MEYER/DUTOUR Anne
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier
NAUDIN Jean
NAZARIAN Serge Surnombre
NICOLLAS Richard
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
OLIVE Daniel
OREHEK Jean

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHARREL Rémi

GONCALVES Anthony

OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POITOUT Dominique Surnombre
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard Surnombre
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMEONI Umberto

SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TARANGER Colette
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THOMASSIN Jean-Marc Surnombre
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
VACHER-COPONAT Henri
VALERO René
VEY Norbert
VIALETTES Bernard Surnombre
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

DUMOND-HUSSON Monique
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAJ 01.09.2014

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent	DESPLAT/JEGO Sophie	MARGOTAT Alain
ANDRE Nicolas	DEVEZE Arnaud	MARY Charles
ATLAN Catherine	DUFOUR Jean-Charles	MATONTI Frédéric
AUDOIN Bertrand	FABRE Alexandre	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BACCINI Véronique	FARAUT François	MICALLEF/ROLL Joëlle
BALIQUE Hubert	FAUGERE Bernard	MICHEL Fabrice
BARTHELEMY Pierre	FENOLLAR Florence	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BARTOLI Christophe	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
BEGE Thierry	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
BELIARD Sophie	GABORIT Bénédicte	OUAISSI Medhi
BERBIS Julie	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GAUDART Jean	PERRIN Jeanne
BERNARD Rafaëlle	GAUDY/MARQUESTE Caroline	RANQUE Stéphane
BLONDEL Benjamin	GAVARET Martine	REY Marc
BONELLO Laurent	GELSI/BOYER Véronique	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BOUCRAUT Joseph	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BOULAMERY/VELLY Audrey	GOURIET Frédérique	ROLL Patrice
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GREILLIER Laurent	SARI/MINODIER Irène
BREGEON Fabienne	GRISOLI Dominique	SARLON BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	SOULA Gérard
CARRON Romain	JOURDE CHICHE Noémie	TAIEB David
CASTINETTI Frédéric	KRAHN Martin	TEXTORIS Julien
CHAUDET Hervé	LABIT/BOUVIER Corinne	TOGA Caroline
CHICHEPORTICHE Colette	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TOGA Isabelle
COURBIERE Blandine	LAGIER Aude	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
COZE Carole	LAGIER Jean-Christophe	TROUSSE Delphine
CUISSET Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VALLI Marc
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LE CORROLLER Thomas	VELLY Lionel
DAHAN ALCARAZ Laëtitia	LE HUCHER-MICHEL Marie-Pascale	VELY Frédéric
DALES Jean-Philippe	LEJEUNE Pierre-Jean	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	VITTON Véronique
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DUBOIS Christophe	STEINBERG Jean-Guillaume
BERLAND/BENHAIM Caroline	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERAUD/JUVEN Evelyne	MARANINCHI Marie	THRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BONNET Pierre-André
CHEVALLIER Pierre-François
GENTILE Gaëtan
GUIDA Pierre
RAKOTO Jean-Claude

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAJ 01.09.2014

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

BRUNET Christian (PU-PH)
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
NAZARIAN Serge (PU-PH) *Sumombre*
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section Service Pr BRUNET C.)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
TARANGER-CHARPIN Colette (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) *Sumombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
MICHEL Fabrice (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DE MICCO Philippe (PU-PH) Sumombre
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MARGOTAT Alain (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

AUTILLO/TOUATI Amapola (PU-PH)
CAU Pierre (PU-PH) Sumombre
FONTES Michel (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)
ROLL Patrice (MCU-PH)

DUBOIS Christophe (MCF) (65ème section)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
TAIEB David (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GAUDART Jean (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
POITOUT Dominique (PU-PH) Surnombre
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BONELLO Laurent (MCU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH)
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

OUAISSI Medhi (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
BOLLINI Gérard (PU-PH) Surnombre
DE LAGAUSIE Pascal (PU-PH)
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

BLANC Jean-Louis (PU-PH) Surnombre
CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 KREITMANN Bernard (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BARDOT Jacques (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
 BOTTA/FRIDLUND Danielle (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 LAUGIER René (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

DAHAN ALCARAZ Laetitia (MCU PH)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
 CHICHEPORTICHE Colette (MCU-PH)
 LEPIDI Hubert (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

BERNARD Rafaëlle (MCU-PH)
 KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CONTE-DEVOLX Bernard (PU-PH) *sumombre*
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

BALIQUE Hubert (MCU-PH)
 BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETTELE Florence (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

COURBIERE Blandine (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

BONGRAND Pierre (PU-PH)
 KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH)

DUMON-HUSSON Monique (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CHEVALLIER Pierre-François (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GENTILE Gaëtan (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 RAKOTO Jean-Claude (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) *Sumombre*

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 VACHER-COPONAT Henri (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)
 VIALETTES Bernard (PU-PH) *Surnombre*

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 METELLUS Philippe (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH)
 RIDINGS Bernard (PU-PH)

MATONTI Frédéric (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 THOMASSIN Jean-Marc (PU-PH) *Surnombre*
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 NICOLI François (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 POUGET Jean (PU-PH) *Surnombre*

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY/VELLY Audrey (MCU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
 DUMON Henri (PU-PH) *en surnombre*
 PIARROUX Renaud (PU-PH)

FARAUT Françoise (MCU-PH)
 FAUGERE Bernard (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

BERNARD Jean-Louis (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GARNIER Jean-Marc (PU-PH) *sumombre*
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 SIMEONI Umberto (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 CHAUVEL Patrick (PU-PH) *Sumombre*
 JAMMES Yves (PU-PH) *Sumombre*
 JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 BREGEON Fabienne (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 GAVARET Martine (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
 BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

CHARPIN Denis (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE . MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 COULANGE Christian (PU-PH) *Sumombre*
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)
 SERMENT Gérard (PU-PH) *sumombre*

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

*A mes professeurs, pour vos conseils et pour m'avoir laissé
l'opportunité de rattraper mes erreurs.*

« Mon métier m'a appris que je ne savais rien, et c'est une grande connaissance »

-anonyme-

Un grand merci à toute l'équipe MARSS passée et présente, pour m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ces années.

A Tamara, l'amour de ma vie... Merci de m'avoir soutenu et supporté toute ces années. Ce que je t'ai promis tiens toujours, mon projet pour l'avenir c'est toi.

Spéciale dédicace à Maman et Papa. Vous êtes toujours là pour moi, même lorsque je n'ai pas conscience de me mettre dans un mauvais pas. Pour tout l'amour que vous nous m'avez apporté je vous suis infiniment reconnaissant.

Je voulais vous dire que je vous aime aussi.

A Mamette, Fanny, Gabriel et toute la famille, ça y est vous pouvez sabrer le champagne, je ne vous donnerai plus de sueurs froides !

A mes amis, Kevin, Vincent, Katia, Marion, Jérôme, Julie, Riadh, pour avoir été là pour moi, je ne l'oublierai pas...

Glossaire

ADJ	: Accueil De Jour
AHA	: American Heart Association
AP-HM	: Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	: Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	: Agence Régionale de Santé
AVP	: Accident de la Voie Publique
BDSP	: Banque de Données en Santé Publique
CASO	: Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS	: Centre Communale d'Action Social
CDSP	: Commissions Départementales des Soins Psychiatriques
CépiDc	: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
CHAPSA	: Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abris
CIM 10	: Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes 10 ^e révision
CNIL	: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COGIC	: Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
CRCSM	: Commissions Régionales de Concertation en Santé Mentale
DDCS	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGCS	: Direction Générale de la Cohésion Sociale
EPICES	: Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
ETHOS	: European Typology on Homelessness and housing exclusion ¹
FEANTSA	: Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri
FNARS	: Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
IC	: Intervalle de Confiance
HTA	: HyperTension Artérielle
HVB	: Hépatite Virale B
HVC	: Hépatite Virale C
IML	: Institut Médico-Légale
INED	: Institut Nationale d'Etudes Démographiques
INSEE	: Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

¹ La Typologie ETHOS est détaillé en annexe P.78

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique
Iserm : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale
OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
MàJ : Mise à Jour
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDM : Médecin Du Monde
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (Hôpital)
RNIPP : Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques
SDF : Sans Domicile Fixe
TGI : Tribunal de Grande Instance
UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence
UML : Unité de Médecine Légale
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO : World Health Organization

Sommaire

I.	Introduction	4
II.	Etat de l'art et contexte de l'étude	6
1.	Etat de l'art.....	6
1.1.	Les SDF : définitions et représentations sociales	6
1.1.1.	Historique : clochards, vagabonds, mendiants, marginaux	6
1.1.2.	Sans abri, SDF	8
1.1.3.	Sans chez-soi	8
1.1.4.	Précarité	9
1.2.	Indicateurs de mortalité	11
1.2.1.	Taux de mortalité	11
1.2.2.	Le ratio standardisé de mortalité.....	11
1.2.3.	Taux comparatif de mortalité	12
1.2.4.	L'espérance de vie à la naissance ou à un âge donné.....	13
1.3.	Causes de mortalité en France et dans le monde	13
1.3.1.	Evolution de la mortalité (étude de l'espérance de vie).....	13
1.3.2.	Les causes de mortalité en France	15
1.3.3.	Comparaison des données françaises aux données internationales.....	16
1.4.	Mortalité et santé mentale : «une surmortalité de cause naturelle?».....	17
1.4.1.	Schizophrénie	18
1.4.2.	Suicide	20
1.4.3.	Troubles de l'humeur	22
1.4.4.	Chimiothérapie par neuroleptique	23
1.5.	Sans chez-soi et santé.....	24
1.5.1.	Sans chez soi et Morbidité	24

1.5.2.	Sans chez soi et Recours aux soins.....	26
1.7.	Les rapports avec la santé mentale	32
1.7.1.	Les données épidémiologiques	33
1.7.2.	La mortalité liée.....	34
2.	Sources de données et terrain de l'étude.....	36
2.1.	Les sources de données pour le recensement des décès des SDF en France.	36
2.1.1.	Associations.....	37
2.1.1.1.	Le collectif des morts de la rue.....	37
2.1.1.2.	La FEANTSA	38
2.1.2.	CépiDC	39
2.1.3.	Sources régionales.....	39
2.1.3.1.1.	Région Lilloise.....	39
2.1.3.1.2.	Marseille : l'étude de 2009 (MARSS en collaboration avec MDM).	40
2.2.1.	Unité et institut de médecine légale.....	42
2.2.1.1.	Définition	42
2.2.1.2.	L'unité de médecine légale de Marseille.....	42
2.2.1.3.	Levées de corps	43
2.2.1.4.	Catégories de décès.....	45
2.2.2.	Les équipes mobiles psychiatrie précarité	46
2.2.2.1.	Spécificités de l'équipe MARS	47
III.	Objectifs de l'étude	52
1.	Objectif principal.....	52
2.	Objectifs secondaires	52
IV.	Méthode.....	52
1.	Type d'étude	52
2.	Matériels et méthode	52

V.	Résultats et conclusion	54
1.	Résultats.....	54
2.	Discussions et limites	59
3.	Conclusion.....	64
VI.	Bibliographie	66
VII.	Annexes	77

I. Introduction

Ce travail de thèse a pris naissance dans les suites directes du premier stage d'interne que j'ai réalisé dans l'équipe mobile psychiatrie précarité du CHU de sainte Marguerite à Marseille en 2006-2007. Cette équipe venait d'être créée, et j'en ai été le premier interne. Entre 2005 et 2010 plus d'une centaine d'équipes ont depuis été créées sur tout le territoire Français.

Notre équipe avait rapidement identifié le manque de données sur la mortalité des personnes sans-abris décédant dans la rue.

Actuellement en France, il faut croiser différentes sources de données (administratives et associatives) pour arriver à dénombrer de façon très approximative le nombre de sans-abris décédés sur le territoire. Ce nombre est ainsi estimé à plusieurs centaines par an, sans que l'on puisse le détailler précisément.

Jusqu'au début des années 2000, les seuls décès recensés concernent les personnes décédées en institutions, et cela sans gage d'exhaustivité. Celles décédées dans la rue semblent n'apparaître dans aucun décompte. Les données à notre disposition en France sont essentiellement issues du monde associatif, notamment d'une association « les morts de la rue ».

Par ailleurs, au vu de la forte représentation des sans-abris dans les services d'urgences et les services spécialisés de psychiatrie, l'intérêt clinique de connaître les spécificités en termes d'épidémiologie et de morbidité de cette population, nous semble essentiel pour leur apporter des soins adaptés.

Peu connus de l'ensemble des praticiens qui sont amenés à les suivre, les points clés de leur prise en charge ne sont que partiellement ou pas réalisés. Certains soins sont très spécifiques à cette population, tels les besoins d'évaluations et de suivi social renforcé ou certaines pathologies, sans oublier une éducation à la santé et une sensibilisation à la nécessité de tenir à jour leurs données administratives.

Par ces démarches nous voulons optimiser leur prise en charge socio-médicale, réduire leur mortalité et par là même diminuer les coûts pour la société.

Cependant certains aspects pourtant essentiels pour une compréhension globale des déterminants de santé dans cette population ne pourront être que brièvement abordés au vu de la masse d'information à traiter.

Ainsi, la répartition saisonnière de ces morts est mal connue. Pourtant les décès liés au froid sont médiatisés, ils marquent les esprits, alors que les personnes dormant dans la rue sont plus nombreuses au cours des autres saisons, certaines structures d'hébergement n'ouvrent qu'en hiver.

Les objectifs de cette thèse sont donc les suivants :

- Recenser et analyser de façon critique les sources actuellement disponibles sur ce thème : nature, origine, disponibilité, données utilisables, pratiques de codage des informations relatives au thème étudié.
- Procéder à un premier diagnostic sur le nombre et les causes des décès enregistrés. Une confrontation et une évaluation des résultats disponibles selon chacune des sources devront être réalisées.
- Dégager des pistes d'améliorations possibles de ces sources : choix de définitions (sans chez soi, sans-abris...) communes à l'ensemble des acteurs travaillant sur ces questions, introduction de variables permettant d'améliorer la connaissance et l'importance des causes de décès des sans-abris, croisement des sources, amélioration des pratiques de saisie, modification des questionnaires.
- Un objectif à plus long terme est de mieux comprendre quels sont les profils des personnes sans-abris décédées dans la rue, et identifier leurs « trajectoires », notamment en termes de santé, de mode de vie et d'hébergement qui peuvent peut être permettre d'expliquer les décès enregistrés. Il s'agit en effet de mieux connaître à la fois les circonstances immédiates des décès, mais aussi les causes plus profondes, plus complexes, s'inscrivant dans la durée et intimement liées au mode de fonctionnement de notre société.

II. Etat de l'art et contexte de l'étude

1. Etat de l'art

1.1. Les SDF : définitions et représentations sociales

La population des sans abri étant très hétérogène, la définition du sans-abrisme n'est pas consensuelle, variant dans le temps, dans l'espace et en fonction des acteurs qui en sont à l'origine (Chamberlain et Mackenzie 1992). « Exclus », « quart-monde », « sans chez-soi », « routard », renvoient ainsi à des représentations sociales, des lectures politiques différentes du problème.

Ainsi, les différents individus identifiés sous le terme « sans-abri », de même que les facteurs et mécanismes qui favorisent le phénomène, diffèrent aujourd'hui de ce qu'ils étaient en 1960, que l'on se trouve à Détroit ou à Paris.

Par ailleurs, les objectifs poursuivis par les chercheurs qui veulent connaître cette population, qu'ils soient soignants, économistes ou sociologues, ne s'intéressent qu'à une frange précise de l'ensemble de cette population et vont donc orienter leurs choix vers la définition qui sera en accord avec leurs objectifs (Fournier et Mercier, 1996). De facto, les différents acteurs ne peuvent se mettre d'accord sur une définition commune. Et les conclusions et observations doivent en tenir compte et expliciter ce choix.

1.1.1. Historique : clochards, vagabonds, mendiants, marginaux

Les premières descriptions de l'errance en France, se font avec l'arrivée à la ville des paysans entraînant la désagrégation des structures villageoises qui « libérait » les plus faibles, tels saisonniers ou idiots du village. La société manifeste à cette époque un intérêt inquiet envers ces vagabonds difficilement contrôlables devenus le support de nombreuses peurs sociales. La médecine s'intéresse alors également au phénomène, parlant de déchet social, d'automatisme ambulatoire, ramenant régulièrement le vagabond dans le domaine de la santé mentale. Dès la fin du 19^{ème} siècle, les errants ont été pris en charge par des religieux de diverses confessions, mettant à leur disposition des centres d'hébergement et incitant des mesures d'aide sociale. En 1873, à Clermont-

Ferrand ouvre un premier centre d'accueil. Rouen, par la fondation de l'œuvre hospitalière de nuit, fait de même en 1882. Ces foyers étaient financés par des donateurs privés dont la liste nominative, avec les sommes versées, était publiée chaque année dans un rapport de fonctionnement (LEDROLE, 2003).

L'intérêt public va continuer à se manifester jusqu'au début de la première Guerre Mondiale, avant de s'éteindre, et il faudra attendre 1954 et l'appel de l'Abbé Pierre, en pleine crise du logement dans l'après-guerre, pour que les sans domicile redeviennent une « question d'actualité ». À partir de cette époque, les différents gouvernements ont, par une série de décrets et circulaires, commencé à traiter la question des sans domicile fixe par une prise en charge sur fonds publics dans l'ensemble du territoire. Les premiers décrets ont permis la rénovation, la réadaptation des locaux d'accueil et l'embauche de salariés pour aider au bon fonctionnement des organismes religieux.

En 1970, sont créés les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui visent à favoriser la réinsertion par le travail dans les sans domiciles des deux sexes, et leur rééducation, en accueillant vagabonds, sortants de prison, personnes en danger de prostitution, rapatriés, réfugiés, sortants d'hôpitaux. Les associations gérant ces centres s'inscrivant dans la lignée de la prise en charge religieuse reposaient cependant sur un semi-enfermement des pauvres le soir et la nuit.

Progressivement l'état, s'appuyant sur un secteur privé caritatif, s'orientera vers une aide aux sans domicile fixe dans un contexte de liberté sanitaire et sociale, accompagné par des projets associatifs de plus en plus nombreux. Aujourd'hui, on compte près de mille associations gérant 2300 centres qui, avec les centres d'accueil comptent 54000 places d'hébergement dont 14000 places d'urgence en hiver.

L'orientation de l'aide sociale vers l'urgence, associant aide humanitaire et médiation sociale est symbolisée par les SAMU sociaux (création du SAMU social de Paris en novembre 1993, à Lille en 1996).

La mise en place de dispositifs d'urgence, notamment en hiver, en faveur des sans domicile fixe, ne doit pas faire oublier l'importance des mesures de réinsertion qui doivent s'établir sur la durée, basées sur un processus de réadaptation physique, sociale

et mentale. D'un point de vue médical, cette réinsertion est essentielle. En effet, l'intervention en urgence semble vaine si au sortir, il y a retour à la rue(LEDROLE, 2003) ("La Fédération nationale des Samu sociaux," 2014).

1.1.2. Sans abri, SDF

Le SDF est à ce jour la dénomination la plus commune utilisée en France pour désigner les individus ayant recours à l'hébergement d'urgence ou vivant dans la rue. Cette dénomination a remplacé, ces dernières années les termes de « sans logis », de « clochard » ou de « vagabond ». Ces dernières dénominations correspondent à un jargon populaire autour du champ lexical de « l'exclusion », qui désigne des individus chassés d'un groupe, mis en dehors de la société. Alors qu'un SDF, de nos jours, peut être un parent d'enfants en âge scolaire, une personne sous tutelle ou même un salarié qui paye ses impôts(Damon, 2012).

Le terme « SDF » est pourtant issu d'une catégorisation administrative et juridique. Son intérêt est de permettre une localisation fictive pour l'établissement de certains actes administratifs, tels la demande d'une CNI ou l'obtention du RSA. Elle fait référence à un point fixe, « le domicile », à savoir une localisation géographique stable servant de référence aux autorités rattachées à une commune. Ce dernier point explique en parti pourquoi la définition classique du SDF est trop éloignée de la réalité des sans chez soi et est elle-même génératrice d'exclusion. Ainsi, un certain nombre de non sédentaires (forains, Tziganes...) sont au sens strict du terme des sans domicile fixe, sans pour autant être des sans chez soi.

1.1.3. Sans chez-soi

Les épidémiologistes (Koegel, 1988) sous l'influence des données anthropologiques (Hopper,2003) et sociologiques (Rowe,1995) ont adopté une définition qui permet de décrire une population vivant une expérience et dans des conditions similaires. Ils ont retenu comme expérience commune le fait d'être ou ne pas être chez soi.

« Homelessness », en traduction littérale peut-être traduit en français comme « les sans chez soi ». En l'occurrence « Homeless » qui en est le singulier (« sans chez soi »), tend à s'imposer comme le terme de référence, notamment au niveau de littérature scientifique internationale.

L'absence de chez-soi est définie comme l'exclusion d'une ou plusieurs sphères, qui définissent le chez-soi : la sphère sociale, la sphère juridique et la sphère physique. Ces trois sphères composent, ensemble, le concept de « chez-soi ».

Avoir un chez-soi est compris comme :

- Disposer d'une habitation (ou d'un espace) décente et suffisante en regard de ses besoins et de ceux de sa famille (sphère physique) ;
- Y disposer d'une certaine intimité et pouvoir y entretenir des relations sociales (sphère sociale) ;
- En avoir la jouissance exclusive, pérenne et attitrée (sphère juridique).

1.1.4. Précarité

Précarité et précaires: Terme utilisé depuis la fin des années 1980, qui désigne l'ensemble des individus vivant au-dessous du seuil de pauvreté (dictionnaire Larousse).

Jean Furtos développe dans les années 90 une clinique de la précarité qui tend à étendre l'expérience de la précarité au-delà de ses frontières économiques, dépolitisant les enjeux économiques et faisant passer au second plan les enjeux autour des inégalités. Un score individuel de précarité, dénommé EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les Centres d'examen de santé : voir annexe 2) a été construit, en prenant en compte toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle. Ainsi, la comparaison de la définition socio-administrative de la précarité, essentiellement basée sur les situations de recherche d'emploi, avec la définition selon Epices, a

montré que le score Epices permettait d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères socio-administratifs. Ceci peut être attribué au fait que ce score intègre, de par sa construction, l'aspect multidimensionnel de la précarité(BASSINI, 2009).

Dans le chapitre 1.8.1.2 sur la FEANTSA, nous développons un autre aspect de la clinique de la précarité, par la classification ETHOS. Le score EPICE s'attache à détecter les individus en situation de précarité, alors que la classification ETHOS permet d'organiser des sous-populations au sein même de la population des précaires.

1.2. Indicateurs de mortalité

Avant de nous intéresser à la mortalité des sans chez soi, nous allons faire un rappel sur les indicateurs de mortalité et faire un point sur la mortalité en général.

1.2.1. Taux de mortalité

La mortalité, ou taux de mortalité, est le nombre de décès annuels rapportés au nombre d'habitants d'un territoire donné. Elle se distingue du taux de morbidité, qui est le nombre de malades annuels rapporté à la population, et du taux de létalité, qui est le nombre de décès rapporté au nombre de malades.

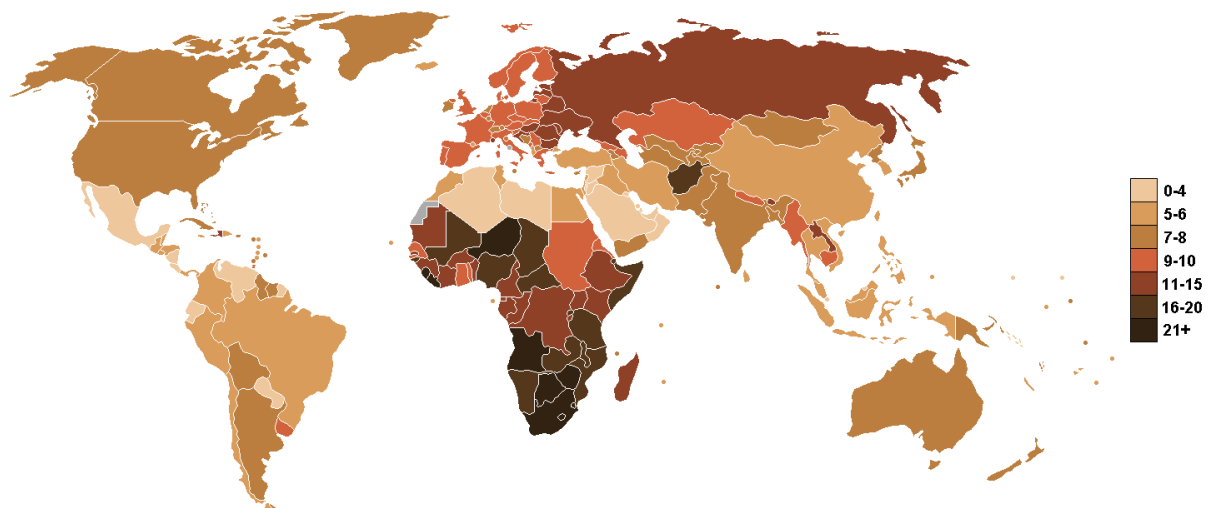


Schéma 5: Taux de mortalité : (nombre de décès/1000 personnes/an) CIA World Factbook, 31 mars 2006

Le schéma 5 illustre bien les disparités en termes de mortalité de par le monde.

1.2.2. Le ratio standardisé de mortalité

On définit d'abord l'indice standardisé de mortalité qui est calculé, pour un groupe donné, comme le rapport entre le nombre de décès effectivement observés sur une période donnée et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de cette même période si ce groupe

avait été soumis à la mortalité par âge de l'ensemble de la population. Un rapport supérieur à 1 s'interprète comme une surmortalité dans le groupe.

1.2.3. Taux comparatif de mortalité

La standardisation est utilisée pour comparer la mortalité entre deux populations qui ont des structures démographiques différentes. Elle enlève l'effet des écarts en âge (ou de toute autre variable confusionnelle influant sur le taux de mortalité) entre les populations. La standardisation peut être directe (menant à un taux de mortalité standardisé selon l'âge, ASMR en anglais) ou indirecte (produisant un taux de mortalité par âge, SMR en anglais). Le taux comparatif de mortalité indirecte est aussi dénommé ratio standardisé de mortalité.

Ex : Ainsi, la ville de Victoria, compte plus de personnes âgées que Whitehorse, au Yukon, de sorte qu'une comparaison brute de l'ensemble des taux de mortalité pour 1 000 ne s'avérerait pas utile, parce que nous nous attendrions à des taux de mortalité plus élevés à Victoria simplement en raison de sa population plus âgée.

Standardisation directe. Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est calculé en quatre étapes, soit : (1) Choisir une population de référence (habituellement l'ensemble du pays). (2) Calculer les taux de mortalité par âge à Victoria et à Whitehorse. (3) Dans chacune de ces villes et pour chaque groupe d'âge, multiplier ces taux (ex. 5 par mille) par le nombre de personnes dans ce groupe d'âge dans la population-type. Cela donnera un gros nombre qui indiquera le nombre de décès hypothétiques dans cette ville, si la taille de leur population était la même que celle de la population de référence. (4) Pour obtenir le taux général de mortalité standardisé selon l'âge intégral, additionner le nombre de décès hypothétiques pour chaque groupe d'âge à Victoria, puis à Whitehorse. Ensuite, diviser chacun par le nombre total de personne dans la population-type afin d'obtenir le taux de mortalité standardisé selon l'âge.

Standardisation indirecte. Cette fois-ci, nous prenons les taux de mortalité standardisé selon l'âge à partir de la population-type : (1) puis, nous les multiplions par le nombre de personnes faisant partie de chaque groupe d'âge, ici à Victoria, puis à Whitehorse ; (2)

ensuite, nous les additionnons pour obtenir le total de décès hypothétiques dans chaque ville. (3) Finalement, nous divisons le nombre de décès hypothétiques par le nombre de décès enregistrés en vue d'obtenir le taux comparatif de mortalité pour chaque ville. Une valeur de 1 signifie que la ville enregistre le même taux de mortalité standardisé selon l'âge que la population-type.

1.2.4. L'espérance de vie à la naissance ou à un âge donné

L'espérance de vie à la naissance est un des indicateurs statistiques les plus utilisées dans les domaines de la prospective et des projections démographiques, et pour évaluer le niveau de développement et l'indice de développement humain d'un État ou d'une région du monde.

Elle permet de quantifier les conditions de mortalité une année donnée : l'espérance de vie à la naissance est égale à la durée de vie moyenne d'une population fictive qui vivrait toute son existence dans les conditions de mortalité de l'année considérée.

1.3. Causes de mortalité en France et dans le monde

Après les indicateurs de mortalité nous allons maintenant nous intéresser à une étude générale sur la mortalité.

1.3.1. Evolution de la mortalité (étude de l'espérance de vie)

L'espérance de vie à la naissance des femmes françaises a triplé en 250 ans, grâce aux progrès des sciences et aux évolutions en matière de santé publique. En 2012, l'espérance de vie en France atteint 81,7 ans (78,5 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes).

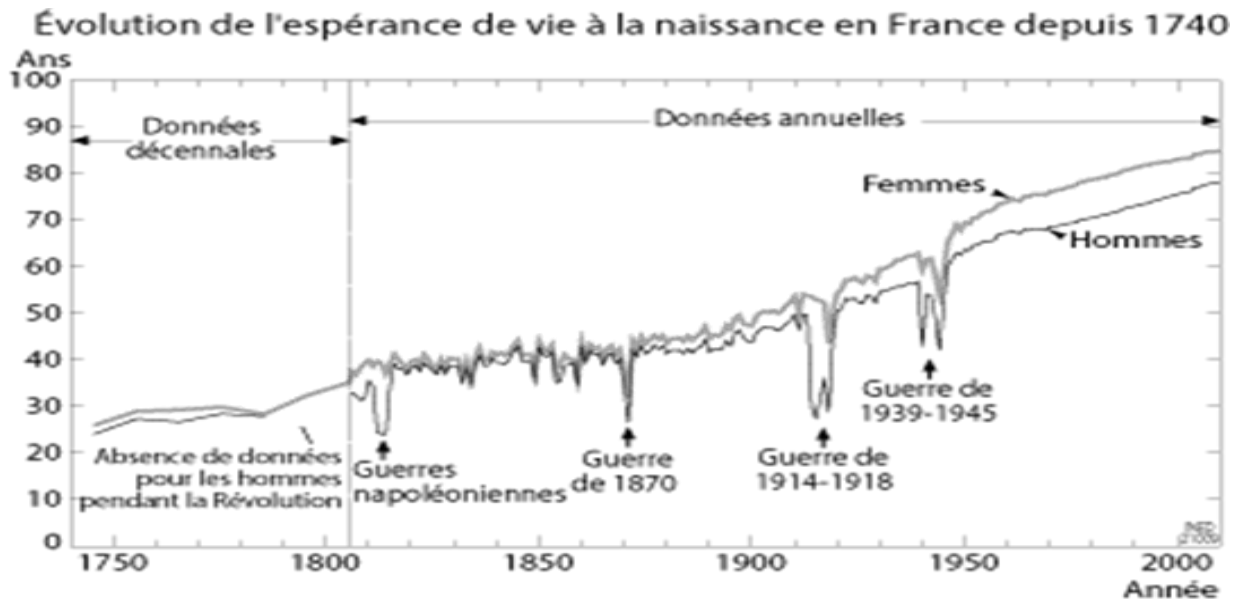


Schéma 6 : L'espérance de vie est exprimée en années. Elle est calculée séparément pour chaque sexe. (INED, 2014).

Le schéma 6, présente l'évolution de l'espérance de vie à la naissance en France, de 1740 à 2012. L'axe horizontal couvre les 260 dernières années, depuis le milieu du XVIII^e siècle. L'espérance de vie calculée pour une année représente la durée de vie moyenne d'un groupe de personnes qui seraient soumises, âge après âge, aux conditions de mortalité de l'année : entre la naissance et le premier anniversaire, elles connaîtraient le risque de décéder des individus de moins d'un an cette année-là, entre 1 et 2 ans, le risque de décéder des enfants de cet âge la même année, etc.

«L'espérance de vie a presque doublé au cours du vingtième siècle»

Au milieu du XVIII^e siècle, la moitié des enfants mouraient avant l'âge de 10 ans et l'espérance de vie ne dépassait pas 25 ans.

Elle atteint 30 ans à la fin du siècle, puis fait un bond à 37 ans en 1810 en partie grâce à la vaccination contre la variole.

La hausse se poursuit à un rythme lent pendant le XIX^e siècle, pour atteindre 45 ans en 1900.

Pendant les guerres napoléoniennes et la guerre de 1870, l'espérance de vie décline brutalement et repasse sous les 30 ans.

Au cours du XXe siècle, les progrès sont plus rapides, à l'exception des deux guerres mondiales. Les décès d'enfants deviennent de plus en plus rares : 15 % des enfants nés en 1900 meurent avant un an, 5 % de ceux nés en 1950 et 0,3 % (3,3 pour mille exactement) de ceux nés en 2012. Depuis le début du XXIe siècle la hausse de l'espérance de vie se poursuit grâce aux progrès dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

1.3.2. Les causes de mortalité en France

Comme l'évolution de l'espérance de vie le laisse suggérer, cette amélioration est intimement liée à l'évolution des causes de décès. Ainsi au XVIIIe siècle en Europe les causes majeures sont la mortalité materno-foetale, périnatale, les épidémies, la famine et la guerre. Deux cents ans plus tard en 2008, sur les 543 139 décès recensés sur le territoire français (schéma 6), les cancers (29,6 % des décès) sont la première cause de mortalité. Ils sont responsables avec les maladies de l'appareil circulatoire (27,5 %), les accidents (4,6 %), la maladie d'Alzheimer (3,2 %), le diabète (2,2 %), le suicide (1,9 %), les démences (1,8 %) et les maladies chroniques du foie (1,7 %), de plus de 70 % des décès (Aouba, Eb, and Rey 2009). Ces données sont explicitées dans le schéma 7.

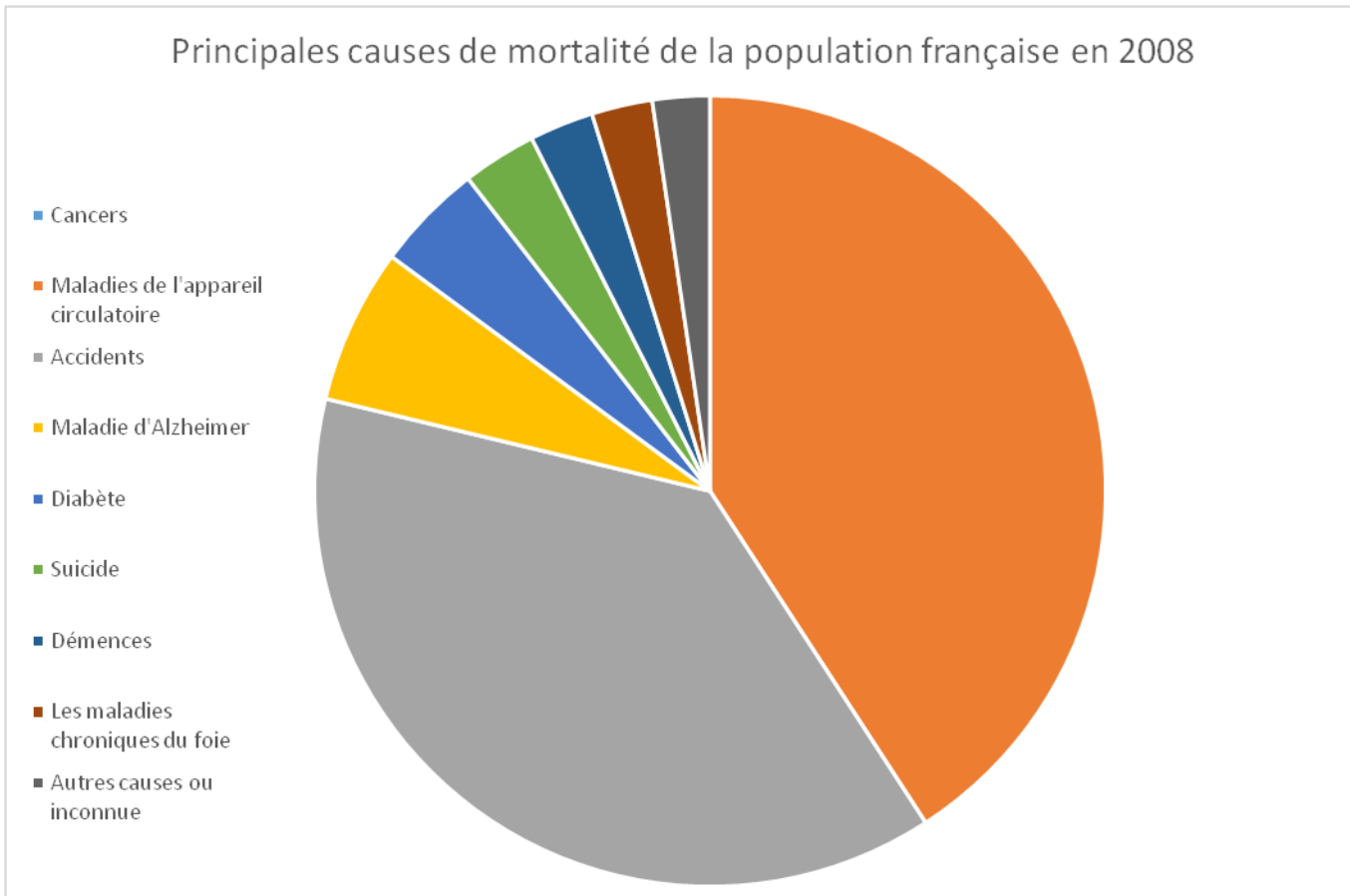


Schéma7 : Principales causes de mortalité de la population française en 2008

1.3.3. Comparaison des données françaises aux données internationales

L'espérance de vie dans les pays développés (Rist, 1996) a progressé de façon spectaculaire depuis le milieu du XVIIIe siècle et atteint 79 ans (81.7 ans en France). Les conditions sanitaires et les politiques de santé dans les pays développés sont comparables à celles que l'on retrouve en France.

Avec les avancées en matière d'hygiène et de santé publiques (vaccination, éradications de certaines maladies ...) on estime que l'ensemble des êtres humains vivent aujourd'hui en moyenne 68 ans contre seulement 25 ans il y a un ou deux siècles.

Sources des données statistiques sur la mortalité des populations : ("The World Factbook 51st edition," 2013) et (Aouba, Eb, Rey, Jouglà, et Pavillon, 2009).

1.4.Mortalité et santé mentale : «une surmortalité de cause naturelle?»

Aborder la question de la santé mentale revient à ouvrir un vaste champ de la santé publique qui n'est aujourd'hui pas clairement défini. La santé mentale couvre donc un domaine très large qui va de la santé mentale positive, se rapprochant de la notion de « bien-être mental et social » proposée dans la définition même de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), aux maladies psychiatriques, en passant par les différents degrés de mal être ou de détresse psychologique. Dans ce travail nous nous limiterons à l'analyse des données strictement psychiatrique en choisissant délibérément d'exclure le champ extrêmement large de bien-être lié à la santé mentale. Pendant de nombreuses années, les sociétés tout comme le corps médical ont abordé les troubles psychiatriques sous un angle moral et philosophique.

Ils étaient souvent assimilés à un péché, une punition pour une faute commise et à une condamnation par la «volonté divine», ce qui a abouti à des privations de libertés individuelles et souvent une exclusion(Hochmann, 2013).

De nos jours, les maladies psychiatriques demeurent un sujet tabou et stigmatisé, dans le monde, mais également en France. Ces maladies font l'objet de multiples recherches scientifiques qui tentent d'en comprendre les déterminants qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux(Demilly et Autès, 2012). Ces recherches nous démontrent, que la mortalité liée aux pathologies mentales a diminué avec le temps, parallèlement à l'amélioration sanitaire des populations étudiées. L'arrivée des médicaments psychotropes dans les années 60 n'a ni accéléré le phénomène, ni été l'occasion d'un rebond (Kramer, 1970) (Craig et Lin, 1981).Et, bien que la prise en charge en santé mentale se soit nettement améliorée depuis, elle reste associée à une nette surmortalité, qu'elle soit due à des causes naturelles ou non (Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft, et Mortensen, 2007).

Il est maintenant bien établi que les personnes atteintes de maladie mentale meurent prématurément et présentent plus de comorbidité en comparaison à la population générale (Harris et Barraclough, 1998)(Lawrence, Kisely, et Pais, 2010).

Une des raisons avancée de ces disparités pourrait être que les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas en mesure de communiquer et d'exprimer leurs

inquiétudes en raison de perturbations cognitives induites par leurs troubles ou par la médication (Björkenstam et al., 2012).

Il en va de même pour la stigmatisation et les répercussions directes et indirectes qu'elle entraîne chez les personnes souffrant de troubles psychiques (Link et Phelan, 2006).

Charrel et al., retrouvent dans une étude menée en 2013 sur la mortalité des patients souffrant de troubles psychiques dans le nord de la France, environ 4 fois plus de décès qu'en population générale.

Il est reconnu que les personnes souffrant d'une affection psychiatrique ont un risque accru de décès prématuré et doivent donc bénéficier d'une surveillance renforcée. Les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale peuvent prioriser les problèmes psychiatriques et négliger les troubles physiques. Certains auteurs expliquent cela par le peu d'intérêts des psychiatres pour la santé somatique. Il existe également des preuves de l'inégalité dans la reconnaissance des symptômes somatiques, et sur la qualité des soins médicaux délivrés aux patients psychiatriques par les médecins généraliste, même s'il est pointé que la clinique somatique de ces patients est particulièrement difficile (Jones, Howard, et Thornicroft, 2008) (Björkenstam et al., 2012).

Les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique, notamment celles atteintes d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur ou les suicidés, nous intéressent particulièrement car ils sont surreprésentés dans la population des sans chez soi. C'est un point sur cette population que nous allons détailler plus bas. Mais nous allons d'abord nous intéresser aux caractéristiques de la mortalité en santé mentale.

1.4.1. Schizophrénie

C'est le trouble psychiatrique le plus documenté en termes de mortalité.

Ainsi Saha, Chant, et McGrath en 2007, retrouvent, dans une méta-analyse portant sur 37 articles sélectionnés, de 25 nations différentes, un Ratio Standardisé de Mortalité (RSM) médian chez les patients souffrant de schizophrénie de 2,58 (intervalle de confiance 10 %-90 % 1.18-5.76).

Une autre méta-analyse étudiant 28 articles, retrouve une mortalité deux à trois fois plus élevée chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (Auquier et al. 2007).

En d'autres termes, au sein de la population de patients atteints de schizophrénie, la mortalité est près de trois fois plus élevée que prévu.

Parmi les causes de surmortalité, certaines sont facilement identifiable chez le patient schizophrène tel le suicide, le mésusage des toxiques et ses complications, qu'elles soient aiguës (overdose...) ou chroniques (maladies cardiovasculaires, cancer, cirrhose...).

Ce risque de surmortalité est majoré par l'association à des comorbidités somatiques (Brown, Inskip, et Barraclough 2000).

Mais 2/3 de cet excès de mortalité reste imputable à une origine naturelle (Brown, Inskip, et Barraclough 2000) et les déterminants de cette excédent sont flous (Auquier et al. 2007). Comme nous le verrons un peu plus bas, les troubles psychosociaux sont mis en avant, tels l'hygiène de vie, les troubles de l'adaptation lors de la survenue d'un procès pathologique, la prise des thérapeutiques et leurs répercussions...

La personne vivant avec un diagnostic de schizophrénie présente pourtant une plus forte mortalité naturelle.

Environ les deux tiers de la surmortalité chez les patients atteints de schizophrénie peut être expliquée par des décès de causes naturelles (Auquier et al. 2007), dont les cancers et les maladies cardiovasculaires en sont les causes les plus communes.

Osby et al., en 2000 avancent que parmi toutes les causes de décès, ils retrouvent une surmortalité de 50 % résultant de ces troubles chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie.

Les patients schizophrènes présentent fréquemment des habitus favorisant les troubles cardiovasculaires. Ainsi le tabagisme actif présente une très forte incidence dans cette population (Dickerson et al., 2013). Dans le même registre, d'autres habitus sont à rechercher systématiquement, tels les régimes alimentaires riches en graisses, pauvre en

fruits, légumes et fibres, de même qu'un mode de vie sédentaire avec peu d'exercice, le surpoids et l'obésité.

Ce sont tous des facteurs de risque bien connus des maladies cardiovasculaires (Auquier et al. 2007). Ces facteurs sont modifiables et accessibles à une prévention efficace, il est donc important d'insister sur la prévention et la recherche de ses conséquences.

1.4.2. Suicide

Le suicide fait plus de 10 000 victimes par an dans notre pays, et chaque année on évalue à près de 220 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins.

Presque un décès sur cinquante est un suicide, ce qui représente deux à trois fois plus de décès que les accidents de la route.

Cela en fait aujourd'hui, la 1^{ère} cause de décès d'étiologie psychiatrique dans la population française et la 8^{ème} cause de décès en France (1.9 % soit 10571 décès par suicide en France en 2008).

En ce qui concerne les moyens utilisés par les suicidants, en 2010, la pendaison est le principal mode de suicide en France (52.5 %), suivi des prises de médicaments (15,3 % ; mais 29,9 % pour les femmes), de l'utilisation d'armes à feu (13.3 % mais 17,3 % chez les hommes) et des sauts d'un lieu élevé (5.9 %).

Dans la tranche des 15-44 ans le suicide est la cause principale de décès après les accidents chez l'homme et les cancers chez la femme (Aouba, Eb, et Rey 2009).

Si les victimes du suicide sont pour près des trois quarts des hommes, les tentatives de suicide sont majoritairement le fait de femmes.

Le suicide est fréquemment en lien avec des situations de vie et des facteurs sociaux, comme nous l'on rappelé les récents évènements en Grèce, qui laisse suggérer une augmentation de la mortalité par suicide au cours de la crise financière (2008-2011) (Kontaxakis et al., 2013). Mais il peut être aussi, la conséquence d'une maladie psychiatrique.

Ainsi, un trouble psychiatrique serait retrouvé chez près de 90 % des personnes décédées par suicide (Cavanagh et Al 2003). Les auteurs concluent que les résultats indiquent que les troubles mentaux sont le facteur le plus fortement associée au risque d'autolyse mais que d'autres études devraient se concentrer à l'étude des troubles spécifiques et des facteurs psychosociaux. Nous nous occuperons plus loin de traiter le lien entre le suicide et les sans chez soi, mais en qui concerne la morbidité lié à cette mortalité par suicide, les données actuelles avancées par certaines études nous intéressent.

Palmer B.A., en 2005 parlent d'un taux de prévalence du suicide sur la vie entière chez les schizophrènes de 4.5 %.

Mais ces évaluations statistiques restent très variables, ce qui n'est pas surprenant, car les différentes études utilisent des populations et des méthodologies différentes (Hor et Taylor 2010). Quels que soient les chiffres retrouvés dans ces études, ils restent toujours très supérieurs à ceux de la population générale.

Bushe, Taylor, et Haukka en 2010 concluent que les patients avec un diagnostic de schizophrénie ont des taux de mortalité plus élevés que la population générale, en particulier en raison du suicide.

Les patients atteints de schizophrénie sont plus susceptibles de se suicider par des moyens violents (et donc potentiellement létaux) que les autres suicidants, notamment par défenestration (Gómez-Durán, Martin-Fumadó, et Hurtado-Ruíz 2012).

Ils ont également 80 fois plus de risque de faire une première tentative de suicide que les suicidants dans la population générale (Auquier et al. 2007).

La mise en place d'un suivi de qualité axé sur la recherche des facteurs de risque suicidaire et sur l'observance de la médication est impérative dans le suivi au long cours des patients souffrant de troubles psychiatriques (annexe 3 : facteur de risque suicidaire, Rihmer, 1996). Donc il est nécessaire que le clinicien soit attentif aux éléments cliniques et aux facteurs sociaux, car le suicide reste une cause de mortalité évitable.

1.4.3. Troubles de l'humeur

Quel que soit le trouble de l'humeur, un trouble dépressif unipolaire, une maladie bipolaire ou un trouble schizo-affectif, ils semblent présenter le même profil de causes de surmortalité.

Pourtant ces usagers, au même titre que ceux souffrant de schizophrénie, ont un risque accru de développer des maladies de l'appareil circulatoire, un cancer, le diabète et la mortalité qui en découle.

Ces causes naturelles de décès, restent en proportions similaires à celles observées dans la population générale (Tidemalm et al, 2008).

Mais, le nombre de décès attribuables à ces troubles est très variable d'une étude à l'autre. Ceci semble être lié au fait qu'il existe peu de données référencées sur la mortalité spécifique, associée aux troubles de l'humeur.

Récemment dans une étude qui porte sur un recueil de données de plus de 25 ans de suivi sur 15 440 personnes diagnostiquées avec un trouble de l'humeur, 6924 décès sont comptabilisés. Les auteurs ne retrouvent aucune association forte entre la mortalité et les troubles de l'humeur (Eaton et al, 2013).

Ces dernières années ont vu évoluer la prise en charge psychiatrique des patients de façon spectaculaire. La prise en charge médicale reste insuffisante, car l'espérance de vie d'un schizophrène ou d'un trouble de l'humeur est encore à ce jour 10 à 20 ans inférieure à celle de la population générale (Laurson et al 2013). Ces causes naturelles sont les conséquences en outre, du style de vie, d'un mésusage du système sanitaire, et d'une vulnérabilité accrue aux facteurs environnementaux.

Elles sont à resituer dans un contexte, où ses personnes sont confrontées à des inégalités sociales de santé importante (Lovell et al., 2000), victimes de nombreuses violences (Lovell, Cook, et Velpry, 2008) et d'une stigmatisation et une exclusion sociale majeure (Link et al. 1997).

1.4.4. Chimiothérapie par neuroleptique

Comme dit plus haut, les prises en charge psychiatriques ont évolué ces 30 dernières années, notamment par l'arrivée dans nos pharmacies des antipsychotiques. La majorité des patients avec un diagnostic de schizophrénie, dans les pays industrialisés, se voient prescrire ce type de traitement. Ils présentent de nombreux avantages, en terme de tolérance et d'efficacité, mais ils sont fréquemment incriminés dans la survenue d'un trouble métabolique, eux même responsable de troubles cardio-vasculaires (McEvoy et al., 2005).

Il existe peu d'études s'intéressant aux conséquences à long terme de ce type de chimiothérapie, ainsi, on ne sait rien sur les effets des médicaments antipsychotiques par rapport au placebo après trois ans (Leucht et al. 2012).

Il existe certaines preuves que l'exposition à long terme à des antipsychotiques augmente la mortalité dans la schizophrénie (Weinmann et al, 2009).

De plus plusieurs études récentes pointent une aggravation de la mortalité des schizophrènes sur les dernières décennies (Auquier et al, 2007), (Loas, 2009).

L'intérêt des traitements neuroleptiques nouveaux comparativement aux plus anciens et, celui des polythérapies par rapport aux monothérapies doit être réexaminé, notamment à la lumière des effets secondaires et des complications organiques.

Une prise de poids est l'effet indésirable le plus fréquent rencontré lors de la mise en place d'un traitement antipsychotique de première ou de deuxième génération.

Bien que la prise de poids soit visiblement indépendante de la survenue d'un syndrome métabolique, elle n'en reste pas moins un vecteur de l'obésité. Ce dernier est un risque cardiovasculaire reconnu comme le tabagisme, l'HTA, l'hypercholestérolémie.

Dans l'éventail des raisons qui expliquent l'augmentation de la mortalité dans les maladies cardiaques ischémiques chez les personnes ayant un trouble psychiatrique grave on retrouve le tabagisme, la suralimentation, l'inactivité physique et les effets secondaires des neuroleptiques, y compris le syndrome métabolique (Tidemalm, Waern, Stefansson, Elofsson, et Runeson, 2008) (Voir Annexe 4 : Syndrome métabolique selon les critères de l'AHA).

1.5.Sans chez-soi et santé

Une personne qui dort dans la rue ne jouit pas de la sécurité, elle n'a pas de porte à fermer, pas de lieu sûr où garder ses affaires et court un risque accru d'être volée, de subir de la violence et des crimes sexuels(Laporte et Chauvin, 2010). Toujours sur le qui-vive, les personnes de la rue ne bénéficient pas d'un sommeil réparateur. Elles sont aussi exposées aux aléas climatiques. Dormir dans la rue signifie également n'avoir aucun endroit pour stocker de la nourriture ou se préparer à manger et signifie que l'on n'ait pas de garantie de manger des aliments suffisamment nourrissants. Cette réalité n'est pas réservée aux personnes vivant strictement dans la rue mais de manière générale comme nous allons le voir à l'ensemble des sans chez soi.

1.5.1. Sans chez soi et Morbidité

Ainsi quand nous observons les causes liées à cette surmortalité des sans-abris, on peut s'apercevoir que certaines pathologies sont surreprésentées par rapport aux populations de référence.

Dans la rue, il est extrêmement difficile d'assurer son hygiène de base et les soins quotidiens nécessaires à la bonne prise en charge des maladies chroniques.

Dès 1995, une étude réalisée par l'Ined auprès d'un échantillon représentatif de personnes faisant appel aux centres d'hébergement ou aux distributions gratuites de nourriture à Paris observait une prévalence déclarée 5 fois plus importante que la population générale pour des troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires. Elle observait également un taux d'hospitalisation 2 à 4 fois plus élevé que celui de la population de référence (Firdion, Marpsat, Lecomte, & Mizrahi, Inserm 2001). Les maladies les plus souvent déclarées sont les maladies respiratoires (14% des personnes sans domicile) ou digestives (10%) mais également des troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie, 9%) et des maladies de peau (7%). Parmi les hommes, 15% citent des séquelles d'accidents ou de maladies graves (comme les handicaps ou les amputations). Près d'un tiers des personnes se plaignent de graves troubles du sommeil

(qu'ils s'expliquent, ou non, par les conditions de vie nocturne) et près d'un quart d'entre eux déclarent se sentir dépressifs (De la Rochère, Insee 2003).

En dehors de ces données déclaratives recueillies auprès d'échantillons représentatifs, l'immense majorité des données de morbidité provient, en France, d'enquêtes réalisées dans des dispositifs de soins.

Ainsi, parmi les personnes s'adressant à la consultation médicosociale du CHAPSA de Nanterre, en 1996, la pathologie traumatique représente 15% des antécédents (en deuxième position de fréquence) et 8% des motifs de consultation et la pathologie dermatologique 13%

(18% au Samu social de Paris la même année) (Hassin, 1998).

En 2007 au CASO de Marseille, le codage systématique des résultats de consultation montre que ces personnes sans domicile fixe se distinguent des autres consultants de Médecins du Monde par une fréquence plus élevée d'affections respiratoires (26,3% contre 21,1%), dermatologiques (20,4% contre 14,9%) ou psychologiques (17,5% contre 11,2%).

Ces différences se retrouvent lorsque l'on considère les principaux résultats de consultation de façon plus détaillée : les infections respiratoires apparaissent en tête, de même que les troubles anxieux. Les affections psychiatriques plus lourdes telles que les psychoses sont rapportées 2 fois plus souvent parmi les patients sans logement que chez les autres patients.

On note également la fréquence plus importante des traumatismes chez ces patients. Au total,

44 % des consultants de Médecins du Monde sans logement fixe nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme (Médecins du Monde Paris., 2008).

On notera enfin les données compilées par la consultation médicale de l'espace solidarité insertion du Samu social de Paris qui observe, auprès de ses 1503 consultants en 2008, la fréquence des problèmes d'addiction (16%), des pathologies dermatologiques (16%), traumatologiques (8%), cardiovasculaires (9%), rhumatologiques (7%) et psychiatriques (6%). Les auteurs soulignent également la fréquence élevée (près de 5%) des consultations qui ont nécessité un transfert immédiat vers des urgences hospitalières en raison de la gravité de leur état (infections graves, décompensation cardiovasculaires ou hépatiques, etc.) (Paris, Samu social, 2009).

Même si elles sont riches d'enseignements pour les soignants et les structures de soins sur la situation des personnes sans-abris, ces enquêtes sont toutes biaisées au sens

épidémiologique du terme. Puisqu'elles sélectionnent par définition des consultants (donc des malades qui s'adressent aux structures d'enquête), elles sur représentent les malades et sous représentent les personnes à distance des dispositifs de soins. Malgré leurs limites, ces enquêtes apportent des éclairages intéressants.

De plus Hwang en 2009, démontre par une étude portant sur plusieurs milliers de sans-abris, qu'au-delà de ce qui peut être déterminé sur la base du seul revenu, les situations de défaut de logement sont liées à un état de santé dégradé.

1.5.2. Sans chez soi et Recours aux soins

Les réponses apportées par le système de santé à la problématique des inégalités sociales de santé, ont été essentiellement centrées, en France, sur l'accès aux droits de santé pour tous avec la mise en place d'une couverture maladie universelle. C'est un préalable nécessaire mais non suffisant.

Aujourd'hui le système de soins français est une source de production d'inégalités sociale de santé, du fait de la prédominance d'une vision curative et focalisé sur la demande individuelle (Pascal et al., 2004).

Autre point, le législateur même s'il a dans le cadre de la Loi de Lutte contre les Exclusions mis en place des dispositifs spécifiques destinés aux plus démunis, a favorisé un accès aux soins dans le cadre du système de droit commun. Les conditions favorables pour que les personnes sans chez soi puissent aller vers un soin de qualité ne sont toujours pas remplies (Girard et al., 2012). Il en est pour preuve leur état de santé très dégradé et qui est en décalage avec l'amélioration globale de la santé des français mesurée sur des indicateurs tels que l'espérance de vie, les taux de morbidité et mortalité rapportés à l'âge et la santé ressentie.

Dans l'enquête des sans-domiciles usagers des services d'aide de l'Insee en 2001, 16 % de cette population s'estiment en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65 % déclarent 2 fois plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale) et, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires, etc.), la prévalence est toujours plus importante chez les sans-domiciles que dans l'ensemble de la population (De la Rochère, 2003).

De façon générale, les protocoles de traitement des maladies chroniques (diabète, HTA, VIH, troubles psychiques..) tiennent pour acquis que les patients ont une maison, un appartement ou à tout le moins une chambre. Dans ce logis ils peuvent conserver leurs médicaments et les réfrigérer si nécessaire, dormir tant le jour que la nuit et disposer d'un espace propre qui permettra de réaliser des soins de façon hygiénique. Toutefois, l'absence de ces attributs qu'entraîne le défaut de posséder un logement cause aux sans-logis des problèmes insurmontables, qui les rendent inapte à respecter les conditions minimales requises pour pouvoir bénéficier d'une thérapie.

«Vivre dans des abris, des chambres à louer et les hôtels est associé à une mortalité beaucoup plus élevé que prévu sur la base du seul faible revenu » (Hwang et al. 2009).

Aux États-Unis, la question de l'impact de la fermeture des asiles psychiatriques sur l'augmentation du nombre de personnes vivant à la rue a été largement débattue dans les années 1980(Fournier et Mercier, 1996).

En France, certains professionnels avancent la même hypothèse : la fermeture des lits de psychiatrie serait responsable de l'augmentation du nombre des malades mentaux à la rue. Aucune étude française n'a été conduite ni aucune étude étrangère retrouvée pour confirmer cette hypothèse. Les données épidémiologiques internationales montrent des prévalences assez similaires des troubles mentaux parmi les populations sans chez soi, quelle que soit la densité de lits en psychiatrie par habitant. Il semble que, plus qu'une question de la densité de lits hospitaliers de psychiatrie, une organisation adéquate en amont et en aval de l'hospitalisation, avec une coordination de tous les acteurs, permettrait de réduire les risques pour les personnes malades de se retrouver à la rue.Ce débat est aujourd'hui clos et en quelque sorte dépassé, tant l'augmentation du nombre de personnes malades sans abri témoigne de l'importance des facteurs structureaux et macrosociaux despays riches et le creusement des inégalités (OECD, 2011) dans cette augmentation.

1.6. La mortalité des sans chez-soi

Même si chaque étude a ses spécificités, deux grands schémas méthodologiques ont pu être repérés dans les documents étudiés pour ce travail.

Le premier est l'étude rétrospective de dossiers de la morgue. Cette méthode est privilégiée par les services administratifs des grandes villes américaines notamment, qui ont pour certaines, une obligation légale du comptage des décès des sans-abris (Seattle, Los Angeles, San Francisco, Atlanta, New York).

Le second, croise les données des registres des services sociaux des villes (dont les registres des foyers d'hébergement d'urgence) aux données des certificats de décès. Les résultats qui seront présentés dans les paragraphes suivants permettent d'illustrer ces deux grandes méthodes qui semblent converger vers des résultats comparables.

Le recueil des données diffère, les méthodologies utilisées pour calculer les taux bruts et standardisés de mortalité sont, par contre homogènes.

Les taux de mortalité sont standardisés sur la population de référence (ou la mortalité de référence) de la ville ou du pays. Ils ne peuvent donc pas être comparés directement entre différentes villes ou différents pays sans avoir au préalable comparé les populations de référence.

Les indices comparatifs de mortalité permettent cependant d'avoir une idée de la surmortalité chez les personnes sans abri.

Ville et Pays	Auteur principal	Année de publication	Age moyen au décès en années	% d'hommes
Londres Royaume-Uni	Keyes, S.	1992	47	82
Fulton Country USA	Hanzlick, R.	1993	46	98
Londres Royaume-Uni	Grenier, P.	1996	42	92
Boston USA	Hwang, S.W.	1997	47	-
San Francisco USA	Rapport annuel "San Francisco Department of Public Health"	1998	42,3	85
Toronto Canada	Hwang, S.W.	2000	46	-
Sydney Australie	Babidge, N.C.	2001	50 pour les hommes et 57 pour les femmes	88
Toronto Canada	Cheung, A .M.	2004	39 pour les femmes	-
Seattle-king Country USA	Rapport annuel "Health Care for the Homeless Network"	2006	48	87
Los Angeles USA	Rapport annuel "Los Angeles coalition to end hunger and homelessness"	2007	48	85
Glasgow Royaume-Uni	Morrison, D.S.	2009	41	-

Tableau 1 : Age moyen au décès des sans-abri (Keyes, 1992), (HanzlicketParrish, 1993), (Grenier, 1996), (Hwang et al., 1998), (CommunityHealthEpidemiology and Disease Control. San Francisco Homeless Deaths-Identified from Medical Examiner Records, 1999), (Hwang, 2000), (Babidge, Buhrich, et Butler, 2001), (Cheung et Hwang, 2004), (2006 Annual Report on Homeless Death. Health care for the Homeless Network Public Health-Seattle and King County, 2007), (Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness. Homeless Death in Los Angeles 2000-2007. Dyingwithoutdignity, 2007), (Morrison, 2009).

La première étude sérieuse a été menée en Suède entre 1969 et 1971 sur un échantillon de 327 personnes décédées sans-abris (Alstrom et al, 1975). Elle retrouve une mortalité 4 fois supérieure à celle attendue dans sa population de référence.

Hwang, S.W. en 2009 compare les données collectées sur 15100 sans-abris (10500 hommes et 4600 femmes) de 1991 à 2001 à la population générale du Canada. Ce travail est donc extrêmement intéressant car c'est la première étude à comparer les causes de décès entre sans-abris et population générale à l'échelle d'un pays.

Causes de décès	Femmes	Hommes
Troubles mentaux	3,78	4,82
Cirrhose du foie	5,63	3,66
causes externes	3,68	3,34
En relation avec l'alcool	8,2	6,35
En relation avec substances psychoactives hors alcool	9,17	11,5

Schéma2 : Prévalence dans la population sans chez soi des principaux troubles, avec un intervalle de confiance à 95%(Hwang, Wilkins, Tjepkema, O'Campo, et Dunn, 2009)

Comme on peut le voir sur le schéma2, après ajustement pour l'âge, le sexe, ils ont analysé les causes spécifiques de mortalité propres à cette population, et ils mettent en évidence par l'étude des RSM une nette surmortalité concernant toutes les causes de mortalité.

Sur les 5 ans de suivi de la cohorte, l'étude va dénombrer 3280 décès.

Le dénuement socio-économique, argument expliquant souvent à lui seul les mauvais chiffres des indicateurs de santé dans cette population n'explique pas cette surmortalité.

Hwang, S.W. en 2009 montre que même en comparaison du cinquième de la population la plus pauvre du Canada, mais qui possède un logement décent, les sans domiciles vivant dans des abris, des chambres à louer ou des hôtels ont un risque de mortalité plus élevé. Il est important de préciser que ses chiffres sont très probablement minorés du fait que cette étude ne prend pas en compte une grande partie des sans chez soi notamment les plus vulnérables (ETHOS 1).

« Même à niveau de ressources financières comparables, les sans-abris ont un risque de mortalité supérieur »(Hwang, S.W. et al, 2009)

Nous allons d'abord nous intéresser aux étiologies qui sont représentées de manière relativement homogène dans les deux sexes.

Ainsi les troubles mentaux (avec des RSM respectivement de 4.8 et 3.8 pour les hommes et les femmes) sont nettement surreprésentés dans les causes de décès des sans-abris. On retrouve des RSM très élevés pour les décès liés aux drogues (respectivement 11.5 et 9.2) et à l'alcool (6.4 et 8.2). De même les conséquences d'une intoxication alcoolique ou

d'infections virales chroniques (HVC, HVB,...) avec les cirrhoses du foie évaluées avec des RSM à 3.7 et 5.6.

Les causes externes de décès (AVP, Suicide, Homicide, empoisonnement, chute et autres) ne sont pas des causes anecdotiques de décès avec des RSM à 3.3 et 3.7.

En ce qui concerne ces causes externes il faut signaler que les hommes décèdent plus d'homicide (11.3) et d'empoisonnement (10.3) et les femmes de suicide (5.6).

Par ailleurs les plus larges différences de mortalité entre les hommes et les femmes sans domicile se retrouvent pour les décès dus aux maladies respiratoires et aux coronaropathies avec une nette surmortalité masculine. Ces différences sont similaires à celles que l'on peut retrouver dans la population générale.

Plus récemment Nielsen et al 2011 sur une étude de cohorte de 11 années portant sur 32711 sans-abris (23040 hommes et 9671 femmes) menée au Danemark à partir du suivi des résidents Danois qui ont eu au moins un contact avec un centre d'hébergement pour sans-abris, entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2009. Ils retrouvent un âge de décès moyen de 49,9 ans pour les hommes et de 49,6 ans pour les femmes ce qui correspond à un RSM global pour les hommes de 5,6 (IC à 95 % 5,4-5,8) et pour les femmes de 6,7 (6,2-7,1).

Il apparaît que cette surmortalité est d'autant plus importante chez les plus jeunes, Hwang, S.W. et al en 2009 ont étudié les ratios des taux de mortalité pour les hommes et les femmes et dans toutes les comparaisons, les rapports de taux étaient plus élevés chez les plus jeunes en comparaison aux personnes âgées étudiées.

Ainsi Nielsen, S.F. et al, en 2011 vont trouver des RSM supérieurs à 8 pour les tranches d'âge de 15 à 49 ans avec une prédominance sur les 24-44 ans où les RSM ont atteint 10 ou plus. Qu'elle que soit la tranche d'âge étudiée on retrouve une nette surmortalité, excepté au-dessus de 75 ans où les RSM semblent converger vers celui de la population cible.

Dans cette même étude (l'étude de Nielsen, S.F. et al, 2011), l'espérance de vie retrouvée des 16-24 ans sans domicile, est de 38,7 ans pour les hommes et de 47,4 ans pour les femmes, alors que pour la population de référence de l'étude, l'espérance de vie restante était de 60,3 ans (IC à 95 % 60,3–60,4) pour les hommes et de 64,8 ans pour les femmes (64,7–64,8).

Morrison, D.S., en 2009 observe dans une cohorte de 6323 sans chez soi et 12451 adultes (échantillon représentatif de la population générale) sur une période de 5 ans, 1,7 % (209/12451) de la population générale et 7,2 % (457/6323) de la cohorte des sans-abri sont décédés : L'auteur retrouve un RSM de 4.4 (IC à 95 % 3.8–5.2). Après ajustement pour l'âge, le sexe et la morbidité, il apparaît à la lumière de ces résultats que le fait d'être sans chez-soi est un facteur de risque indépendant de mortalité avec un risque relatif ajusté de 1,6 (IC à 95 %: 1,3-1,9).

Les données sont rares, mais l'on peut constater que quelles que soient les politiques actuellement mises en place, les sans chez soi meurent plus jeunes et de causes différentes.

Malgré les immenses progrès réalisés dans les domaines économique, médical, culturel et social, l'espérance de vie d'un sans chez soi dans un pays industrialisé est comparable à celle des pays les plus pauvres au monde, tel le Tchad (48.69ans) ou l'Afghanistan (49.72ans).

1.7. Les rapports avec la santé mentale

La majorité des études ne présentent pas dans leurs résultats des catégories permettant de mettre au jour des données claires sur la classification diagnostic des troubles psychiques retrouvés dans cette population (pas de distinction dans les catégories «troubles de l'humeur » ou «troubles délirants »). Un diagnostic éclairé n'est souvent pas réalisable car les données sont recueillies pour la plupart sur des registres ou des rapports d'autopsie, ce qui rend impossible la tâche du clinicien. Et lorsque ces données sont recueillies de manière prospectives, elles le sont par des techniciens ou des médecins non psychiatre.

Pourtant on ne peut s'intéresser à la mortalité de la population sans chez soi, sans analyser les antécédents, les habitudes de vie et donc la morbidité des individus qui la composent.

Nielsen S.F. et al., en 2011, concluent que la majorité de ces études ne fournissent pas les conditions optimales pour une bonne estimation de la proportion de troubles psychiatriques chez les sans chez soi.

1.7.1. Les données épidémiologiques

Les troubles mentaux et en particulier la schizophrénie y sont fortement représentés. Mais ces chiffres comme tout ce qui a trait aux sans chez soi sont variables.

En ce qui concerne les troubles psychotiques, les enquêtes dans lesquelles les enquêteurs étaient des cliniciens en santé mentale (par rapport à un enquêteur lambda) rapportent une prévalence plus élevée de ces pathologies (Fazel et al. 2008).

Le trouble schizophrénique est surreprésenté dans cette population et il est donc beaucoup plus documenté que les autres pathologies. Pourtant certains auteurs retrouvent un taux de prévalence des pathologies de l'humeur alarmant chez les sans chez-soi (dépression unipolaire, trouble bipolaire et épisode dépressif majeur simple) de 16.8 % pour les hommes et 21.9 % pour les femmes (Nielsen, Hjorthøj, Erlangsen, et Nordentoft, 2011). Démontrant que ce sujet mérite également d'être approfondi.

Plusieurs études se sont penché sur la question de la prévalence des troubles psychiatrique chez les sans chez soi. Voici les résultats les plus récents tirés de la littérature internationale :

- Fazel et all en 2008 retrouvent dans une méta-analyse, des taux de morbidité psychiatrique très supérieurs à ce que l'on retrouve en population générale (schéma 2).

Type de trouble	Prévalence évaluée dans la population sans chez soi avec un intervalle de confiance à 95%
Troubles psychotiques sans précision	12.7% (95% CI 10.2%–15.2%)
Dépression	11.4% (95% CI 8.4%–14.4%)
Troubles de la personnalité	23.1% (95% CI 15.5%–30.8%)
Alcool-dépendance	37.9% (95% CI 27.8%–48.0%)
Autres addictions	24.4% (95% CI 13.2%–35.6%)

Schéma 3 : prévalence des troubles psychiatriques chez les sans chez soi : Etude Fazel 2008.

-Nielsen et all 2011 ont des résultats similaires avec une prévalence approximative de 60% de troubles psychiatriques chez les sans chez soi danois (schéma 3):

Type de trouble	Hommes	Femmes
Schizophrénie	14,20%	11,60%
Troubles de l'humeur (dépression unipolaire, trouble bipolaire et Episode dépressif majeur simple)	16,80%	21,90%
Troubles de la personnalité	20,40%	23,20%
Alcool-dépendance	38,40%	29,50%
Addictions aux drogues illicites	24%	18,40%

Schéma 4 : prévalence trouble psy sans chez soi Etude Nielsen2011.

En conclusion ces chiffres ne font que confirmer ce qu'avaient démontré les premières études menées dans les années 70 sur le sujet des sans chez-soi, à savoir une nette sur-présentation des troubles psychiatriques et en particulier la schizophrénie.

1.7.2. La mortalité liée

Une surmortalité des sans chez soi souffrant de troubles psychiques existe mais elle est contrastée (Fazel et al. 2008) (Nielsen et al. 2011), prédominant dans certaines sous population de sans chez-soi.

Ainsi dans plusieurs études récentes, le trouble le plus souvent incriminé comme vecteur de mortalité accrue est l'abus de substances psychoactives : risque de mortalité accru de 7 pour les sans chez soi admis à l'hôpital dans un contexte d'intoxication (Nielsen et al. 2011).

Hwang S.W. et al., en 2009 retrouvent par rapport à la population de référence des ratios des taux de mortalité pour les hommes et les femmes, respectivement :

- de 11,5 (IC a 95 % 8,8 à 15,0) et de 9,2 (IC a 95 % 5,5 à 15,2) pour les décès liés à la drogue.
- de 6,4 (IC a 95 % 5,3 à 7,7) et de 8,2 (IC a 95 % 5,0 à 13,4) pour les décès liés à l'alcool.

Certains auteurs avancent que tout risque supplémentaire de mortalité apporté par une pathologie mentale se limiterait à la toxicomanie (Geddes and Fazel 2011).

Mais ces conclusions sont à prendre avec beaucoup de précaution car Nielsen et al. 2011 retrouvent effectivement les plus hauts taux de décès prématuré chez les sans chez soi usagers de drogues, notamment ceux présentant une addiction aux substances opioïdes,

mais également chez ceux ayant un double diagnostic psychiatrique (trouble psychotique et toxicomanie).

Par contre quelle que soit l'étude le risque d'autolyse est surreprésenté. Dans les populations de sans chez soi il existe une nette surmortalité par autolyse. Beaucoup d'auteurs lient ce fait à la prévalence de la morbidité psychiatrique(Hwang et al. 2009) (Nielsen et al. 2011).

Une prise en charge adaptée est nécessaire pour lutter contre les inégalités de santé, et d'autres essais doivent être menés sur les meilleures stratégies à adopter pour apporter des soins aux patients toxicomanes, avec un double diagnostic. De manière générale face aux problématiques des personnes sans chez soi, il faut mettre en place des politiques de réduction des risques et des protocoles de soins prenant en compte les spécificités de cette population.

2. Sources de données et terrain de l'étude

2.1. Les sources de données pour le recensement des décès des SDF en France.

En France, c'est un euphémisme de dire que les données sont extrêmement parcellaires.

Contrairement à ce qui se fait en particulier aux Etats-Unis et Canada, aucune étude ou analyse épidémiologique ou démographique rigoureuse n'a jamais été conduite sur la mortalité des sans chez soi français. Seules quelques études locales ont permis d'aborder cette problématique et de fournir des résultats exploitables.

Les personnes sans domiciles usagers de services d'aides étaient 141500 personnes en France métropolitaine, au début de l'année 2012, d'après l'INSEE. 79 % sont des hommes, dont 36000 vivent en Ile-de-France. Les autres sont essentiellement répartis entre les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes- Côte d'Azur et le Nord Pas-de-Calais (Briant and Donzeau 2011).

Et Marseille, est la deuxième commune la plus peuplée de France. C'est une ville qui concentre les problèmes de précarité : pauvreté, chômage, immigration, logement. Par exemple, on estimait que 35% de la population de l'hypercentre marseillais vivait en dessous du seuil de pauvreté (fixé à 814€ pour une personne seule) (Donzel, 2005). En ce qui concerne le sans-abrisme, la ville est particulièrement touchée, et selon une étude du SSPIM de l'APHM, 12 648 personnes s'étaient retrouvées dans la situation d'être sans abri à Marseille en 2011.

Comme nous l'avons vu plus haut la mortalité des personnes sans chez-soi est très supérieure à celle de la population générale. Même en comparaison avec les populations les plus défavorisée, le ratio standardisé de mortalité pour la population des sans chez-soi reste supérieur à 2, chez les hommes comme chez les femmes.

Ce facteur de risque d'ordre social (être sans chez-soi), est un facteur de risque de mortalité prématuré, au même titre que des maladies somatiques chroniques sévères, tel l'infection par le VIH, le diabète,...

La population sans chez soi a une espérance de vie moindre, ceci en dehors de toute considération socio-économique (niveau de ressources).

Le recueil de données sur cette population est un enjeu de santé publique. Pourtant comme nous allons le voir, les données disponibles restent très insuffisantes.

2.1.1. Associations

2.1.1.1. Le collectif des morts de la rue

Une association, le collectif « les morts de la rue », tente de comptabiliser au niveau national les décès des personnes de la rue. Leur ambition n'est pas de fabriquer une base de données exhaustive, mais de leur permettre, par cet intermédiaire, d'interpeller l'opinion publique et les politiques. Cette association, née en 2002, s'est fixé comme objectif de recenser et communiquer sur le décès des personnes dans la rue. Initialement, elle s'intéressait aux sans-abri toulousains, puis elle a élargi son champ d'action à la fois géographiquement (grandes villes françaises), mais aussi en terme de population, intégrant toute personne ayant connu la vie à la rue pendant de longues périodes, même si elles sont logées au moment de leur décès. Avec l'aide de tout un réseau, cette association tient un compte au jour le jour des personnes sans abri qui meurent en France. Mais comme précisé plus haut ce décompte n'est pas exhaustif, leurs sources d'information sont diverses et dépendent de chacun des partenariats locaux. Le partenariat avec le réseau associatif fonctionne bien, mais les relations avec les institutions (hôpitaux) sont plus disparates. L'association a comptabilisé 240 décès en 2007, 387 en 2008 et 406 en 2009. Sur les deux dernières années citées, plus de 90 % des personnes décédées sont des hommes. L'âge moyen au décès était de 50 ans en 2008 et 48 ans en 2009. L'augmentation observée du nombre de morts d'une année sur l'autre, doit être considéré comme le reflet d'une augmentation du territoire couvert par le réseau associatif. Et non une augmentation du nombre des décès. Cette base de données est la plus exhaustive dont on dispose actuellement.

2.1.1.2. La FEANTSA

Au niveau européen, les politiques publiques sur le sans-abrisme sont très disparates, et il n'existe pas de statistique officielle sur les personnes sans abri. Les données de recherche sont peu nombreuses dans la plupart des pays et parfois inexistantes (par exemple états d'Europe Orientale).

C'est sur ce constat que la FEANTSA a été fondée en 1989. Cette organisation non-gouvernementale européenne a pour objectif d'empêcher et de réduire la pauvreté et l'exclusion sociale des personnes sans chez soi, ou qui se trouvent menacées par le sans-abrisme. Elle compte actuellement plus de 130 organisations membres, travaillant dans 30 pays européens, y compris 25 des États Membres de l'Union Européenne (FEANTSA, 2010).

Le constat de cette ONG est que notre connaissance du phénomène reste très déséquilibrée et caractérisée par des lacunes sur le plan de sa définition et de sa compréhension.

En proposant une classification : la typologie ETHOS (2005), la FEANTSA espère harmoniser le recueil des données pour permettre l'émergence d'un éclairage et d'une prise en compte plus large de cette problématique.

Cette typologie classe les personnes sans domicile fixe en fonction de leur situation «de vie»: *être sans abri* (dormant à la rue ou ETHOS 1&2) *être sans logement* (avec un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers d'hébergement ou ETHOS 3 à 7) *en logement précaire* (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, expulsions, violences domestiques ou ETHOS 8 à 10) *en logement inadéquat* (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère ou ETHOS 11 à 13). La dernière révision de la typologie ETHOS figure en Annexe1.

Depuis 2010, le terme « sans chez soi » est entré dans le vocabulaire commun (de la FEANTSA et de ses partenaires) pour dénommer les personnes « sans abri » ou « sans domicile fixe ». Cette décision a été prise à la demande des partenaires français, lors de la Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme les 9 et 10 décembre 2010. Par ce changement de terme, les acteurs associatifs désiraient afficher leur volonté de parler autrement de leur public. Même si ceci a été acté, la mise en place pratique n'est pas

opérationnelle à ce jour, comme en témoigne le nom même de la fédération : fédération européenne des associations nationales travaillant autour des sans-abri.

En résumé, la typologie ETHOS fournit une définition conceptuelle robuste de l'absence de chez-soi et de l'exclusion liée au logement permettant l'adoption de définitions opérationnelles spécifiques afin de refléter des situations et besoins politiques nationaux.

2.1.2. CépiDC

Le CépiDc est l'un des nombreux laboratoires de l'INSERM. Ses missions essentielles sont la production annuelle de statistiques concernant les causes médicales de décès en France (540 000 décès par an). Il est responsable des études et recherches sur les causes médicales de décès par le traitement de l'ensemble des certificats de décès survenus en France (codage des causes selon la CIM10), et par la suite de la diffusion de ces données (Rey, lamarche-Vadel, & Jougla, 2013). A l'heure actuelle, l'information sur le caractère sans chez soi des personnes décédées ne figure pas de manière explicite sur les certificats de décès. Le certificat de décès est en cours de révision, mais, après de nombreuses discussions, l'option d'y insérer un item renseignant spécifiquement la caractéristique sans chez soi n'a pas été retenue. Le médecin réalisant le certificat de décès n'a aucune obligation, et ne reçoit aucune consigne pour noter ce type d'information. En 2008 seuls 90 décès ont été identifiés par le code Z59.0 (à savoir « sans abri », voir annexe 5 : codes CIM10) dans les certificats de décès recueillis sur le territoire français par cet organisme. Ceci entraîne un manque d'exhaustivité responsable d'une importante sous-estimation du nombre de décès de personnes sans chez soi dans les données du CépiDc.

2.1.3. Sources régionales

2.1.3.1.1. Région Lilloise

Une étude des causes de décès chez les personnes sans domicile de l'agglomération lilloise a été menée entre janvier 1996 et décembre 2001. Il s'agissait d'une étude rétrospective, analysant l'ensemble des rapports d'autopsies établis à l'Institut de Médecine Légale de Lille pendant cette période. Cette Thèse soutenue en 2003 par Grégory LEDROLE dénombrait 40

SDF décédés (sélectionnées à partir de 788 dossiers), dont 85 % d'hommes. L'âge moyen au décès était de 35,4 ans (31,3 ans pour les femmes et 36,1 ans pour les hommes). Les causes médicales de décès étaient : 2 morts de cause naturelle, 24 morts accidentelles (dont 18 cas d'overdose), 2 suicides, 5 crimes et 7 décès de cause indéterminée.

2.1.3.1.2. Marseille : l'étude de 2009 (MARSS en collaboration avec MDM).

A Marseille, en 2006, l'EMPP avait identifié un manque de données sur la mortalité des personnes SDF en France, surtout en ce qui concerne ceux qui décèdent dans la rue.

Une étude épidémiologique était alors menée par l'équipe, en partenariat avec l'UML, le laboratoire de santé publique et Médecins du Monde. C'était une étude descriptive transversale, à partir des individus de plus de 18 ans décédés dans la région marseillaise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2006. L'objectif était de comparer la mortalité de la population SDF marseillaise et les données internationales disponibles.

Les données avaient été recueillies pour une première partie à partir des données PMSI des DIM de l'APHM, soit 26 dossiers de personnes décédées à l'APHM et sans adresse.

Les autres inclusions avaient été réalisées à partir de l'analyse d'un tiers des rapports d'autopsie manuscrits de l'UML Timone, ce qui représentait pour l'année 2006, 236 dossiers, parmi lesquels 18 personnes avaient finalement été identifiées comme sans domicile. J'étais chargé de ce travail.

En effet, dans les rapports d'autopsie manuscrits, on retrouvait plusieurs feuillets :

Les commémoratifs succins, qui fournissaient l'identité (quand elle est connue) du défunt, mais également le lieu et les conditions dans lequel le corps a été découvert, la description du lieu et l'état du corps. Ces descriptions qualitatives et souvent précises permettent la plupart du temps d'évaluer dans quelles conditions socio-économiques vivait le sujet, même si ces données sont fréquemment absentes des conclusions médicales.

Les levées de corps réalisées à l'UML, qui permettent elles, d'avoir une idée plus précise des causes de la mort, ainsi que des morbidités macroscopiquement visible à l'autopsie, tel l'aspect du foie (congestif, cirrhotique,..), des poumons (anthracosique, spume..), etc.... Elles précisent également de l'état corporel global de la personne (état dentaire, état des téguments, propreté, parasite), de ses habits au moment du décès.

44 personnes sans domicile au moment de leur décès avaient ainsi été repérées (7 femmes et 37 hommes). 18 étaient décédées sur la voie publique ou de mort suspecte, et 26 étaient décédées à l'hôpital. La moyenne d'âge au décès était de 56 ans pour les hommes et 41 ans pour les femmes. Ceux qui présentaient des problèmes de santé mentale (addictions et pathologies psychiatriques) avaient une espérance de vie retrouvée particulièrement basse : 37 ans. Les résultats retrouvés étaient comparable à ceux de la littérature internationale. Les motifs d'hospitalisation et causes du décès retrouvés étaient les suivants : 20.5 % pathologies digestives, 15.9 % de pathologies pulmonaires, 9.1 % de pathologies psychiatriques, 9.1 % de pathologies ORL, 4.5 % de pathologies cardiaques, 2.7 % de pathologie infectieuse, 15.9 % de suicide, 9.1 % de mort naturelle, et 13.6 % de cause inconnue. L'étude a été publiée en 2009 en partenariat avec MDM (Equipe mobile de santé communautaire, Girard V., & Pauly V., 2009).

2.2. Terrain de l'étude de 2014

2.2.1. Unité et institut de médecine légale

Une unité de médecine légale comprend plusieurs activités différentes les unes des autres :

L'institut de médecine légale, la consultation de médecine légale attachée à l'hôpital et les unités de consultation et de soins ambulatoires. Les levées de corps et les autopsies représentent une bonne part de l'activité de l'institut de médecine légale.

2.2.1.1. Définition

Au moment du décès d'un individu, la réalisation d'un certificat de décès est obligatoire. Il doit être signé par un médecin après avoir vérifié que la mort est « réelle et constante ». Il comprend un volet administratif destiné à l'état civil et aux pompes funèbres et un volet médical et anonyme (causes médicales de décès) destinée au Cépidec-INSERM.

En cas de mort suspecte, il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Le corps est alors mis à la disposition de la justice. Une autopsie médico-légale peut-être demandée par l'officier de police judiciaire en charge. Elle sera réalisée par les agents des services de médecine légale.

2.2.1.2. L'unité de médecine légale de Marseille

Au service de médecine légale de la Timone, 500 autopsies sont réalisées chaque année. Ce service de la Timone réalise, à la demande des TGI, les autopsies pour tous les décès suspects dans les Bouches du Rhône. En parallèle de ces autopsies, environ 1000 levées de corps sont réalisées sur le terrain.

A Marseille, pour chaque corps autopsié, le dossier médical comprend :

Un compte-rendu d'autopsie : Ces fiches de renseignements sur les individus et sur les circonstances du décès ne contiennent pas d'information liées à l'adresse (ni de résidence, ni de domiciliation).

Les commémoratifs : Il s'agit d'un document texte où sont rédigées toutes les informations sur l'individu décédé (Nom, âge, sexe) et sur les circonstances du décès. Les antécédents médicaux peuvent y être renseignés. C'est vraisemblablement sur ce document que figurerait en 'clair' l'information sur les conditions de logement de la personne. C'est un travail un fastidieux de les relire, mais techniquement possible.

Ces dossiers sont des pièces judiciaires, il faut par conséquent une autorisation du procureur de la république pour les consulter. Actuellement, Il n'existe pas de base de données récupérant ces informations.

2.2.1.3. Levées de corps

Selon l'article 81 du code civil, lorsqu'il y a des signes de mort suspecte lors d'un décès, l'inhumation ne peut être faite qu'après la réalisation d'un procès-verbal dressé par un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, indiquant l'état du cadavre et les circonstances du décès. Il peut s'agir de médecins libéraux qui font ces levées de corps (mais ils sont formés à la médecine légale). Il faut noter que les pratiques des médecins ne sont pas homogènes (format papier, informatique).

Sur les fiches de levée de corps, le médecin inscrit le lieu précis de découverte du cadavre, les circonstances exactes du décès et les caractéristiques corporelles du cadavre. Les lieux de découverte du corps ne sont pas noté sur les fiches, ni dans les commémoratifs. Toutes les mémoires réalisés à partir des informations de levées de corps sont centralisées dans les services médicaux légaux. L'impossibilité de préciser la cause de la mort lors de la levée de corps conduit à réaliser une autopsie médico-légale.

Elles sont donc réalisées pour :

- des décès qui pourrait être dû à une cause non naturelle.

- en cas de mort violente, suspecte, inexpliquée, laissant suspecter l'intervention d'un tiers ou mettant en jeu la responsabilité d'un tiers :
- mort délictuelle, Mort criminelle
- mort violente
- en cas de problème d'identification (corps putréfié, carbonisé, mutilé ou sans identité connue).

2.2.1.3.1. Autopsies lors des morts suspectes

Toutes les levées de corps ne donnent pas lieu à une autopsie médico-légale. Nous traiterons dans ce paragraphe les autopsies médico-légales judiciaires, qui peuvent être demandées par un magistrat pour rechercher tout indice de crime ou délit. Elle est généralement demandée pour :

- Décès qui pourrait être dû à une cause non naturelle
- Décès qui pourrait engager la responsabilité d'un tiers: mort délictuelle, mort criminelle, mort violente.

Deux médecins, en général ce sont des experts compétent figurent sur la liste, sont commis pour pratiquer l'autopsie. Cette dernière doit permettre de définir les circonstances et les causes de la mort par une conclusion utilisables par le magistrat instructeur. Elle comporte plusieurs volets : les commémoratifs, l'examen externe du corps, les radiographies, les résultats de l'autopsie ne elle-même, les prélèvements scellés en cas de demande d'expertise complémentaire, et enfin le rapport d'autopsie.

2.2.1.4. Catégories de décès

2.2.1.4.1. Mort naturelle

Comme dit précédemment, il s'agit d'un décès résultant de l'évolution d'un état pathologique d'un individu ou du terme de son vieillissement.

2.2.1.4.2. Mort violente

Il s'agit d'un décès mettant en cause un processus vulnérant et correspondant à trois possibilités :

- Intervention d'une cause extérieure, soudaine et brutale : il s'agit de la définition classique de l'accident (travail, circulation, vie privée).
- L'action vulnérante peut avoir été générée par l'individu lui-même. Il s'agit alors d'un suicide.
- L'action vulnérante pourra être le fait volontaire ou involontaire d'un tiers, mettant ainsi en cause l'ordre public et permettant la qualification pénale de délit ou de crime.

2.2.1.4.3. Suicide

Le suicide est défini comme l'acte de se donner volontairement la mort (dictionnaire Larousse). On parle de sujets « suicidés » pour désigner les personnes décédées par suicide.

2.2.1.4.4. Meurtre

Correspond à l'action de tuer volontairement un être humain. Il s'agit au niveau juridique d'un homicide volontaire.

2.2.1.4.5. Mort accidentelle

Comme dit un peu plus haut il s'agit d'un décès conséquence de l'intervention d'une cause extérieure, soudaine et brutale.

2.2.1.4.6. Mort de cause inconnue

Par définition, le médecin ne connaissant pas la cause du décès, ne peut écarter l'intervention d'un tiers.

2.2.2. Les équipes mobiles psychiatrie précarité

Pour bien comprendre leurs fonctions il faut d'abord faire un rappel sur l'origine des EMPP.

En 1998, la loi de prévention et de lutte contre les exclusions définit en ces termes l'intervention de l'hôpital envers les plus démunis :

« L'hôpital ne saurait se cantonner à sa fonction de pôle d'excellence. Le droit à la protection de la santé passe aussi par l'accompagnement, le soutien des personnes défavorisées afin qu'elles puissent accéder, dans des conditions adaptées, aux filières de prévention et de soins ordinaires. C'est dans ce but que la mission sociale de l'hôpital est renforcée ».

Ce texte va donner naissance à plusieurs dispositifs pour mieux coordonner l'accès aux soins des personnes les plus précaires, notamment les PASS.

Par la suite, en 2005, le «Plan psychiatrie santé mentale 2005-2008» va définir plusieurs objectifs :

- améliorer la prévention autour des enfants et adolescents
- stimuler l'information du public et des professionnels pour un changement de regard

- renforcer les droits des malades et de leurs proches, notamment au moyen de la création de commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et de commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM).

En lien avec la loi de 1998 et le plan psychiatrie santé mentale de 2005, la circulaire du 23 novembre 2005 permet la création des EMPP.

Il en existe actuellement 126 répartis sur l'ensemble du territoire. En fonction des localités, ces équipes peuvent être accolées ou non à l'hôpital.

2.2.2.1. Spécificités de l'équipe MARS

Les prémices de L'EMPP du CHU de sainte Marguerite ont débuté en 2006 pour répondre à ses missions de service public.

Parmi les postulats de départ de l'équipe, un nous semble important d'être expliqué : «le savoir issu de l'expérience de vie est un savoir complémentaire du savoir professionnel classique, nécessaire et indispensable pour mettre en place ses différentes modalités d'interventions», notamment « l'aller vers ». Ceci nous mène à la singularité de la constitution de l'équipe, à savoir qu'en fin 2006, elle est composée d'un psychiatre, de son interne, d'une éducatrice spécialisée bénévole et d'un ancien SDF ou travailleur pair (futur médiateur pair en santé mentale).

Un autre exemple de cette particularité est que l'équipe est construite initialement via un partenariat entre une ONG médicale(MDM) et l'hôpital public (Malaval 2010).

Suite à nos actions en 2005-2006, nous sommes rapidement limités par une problématique majeure qui grève notre capacité d'intervention : la mise à l'abri de nos patients vulnérables.

Effectivement, que cela soit par l'intermédiaire d'une hospitalisation ou de l'accès à une place en Hébergement d'urgence, nos patients se retrouvent très souvent exclus car trop «social» pour une hospitalisation en psychiatrie et trop «fou» pour les intervenants sociaux.

Ceci mène à un autre exemple de la singularité des pratiques dans cette équipe, qui était notre implication dans la «recherche d'un bâtiment inoccupé afin de pouvoir ouvrir un squat thérapeutique» pour les sans chez soi, avec des troubles psychiatriques sévères, que nous accompagnions. Cette stratégie «frontale» vise à pallier au manque de place permettant d'apporter des soins, nécessaire à notre activité.

Quatre mois plus tard, le «squat du 46 rue Curial» fut ouvert et devint non seulement le local de l'équipe mais aussi une partie intégrante de son activité (Girard et al. 2008).

En 2010, son nom de même que le projet de soin évolue. L'équipe devient MARSS et s'oriente vers les soins axés autour du rétablissement, les modèles de soin plus « classiques » ayant montré leurs limites dans l'intervention auprès des sans chez soi.

Cette EMPP de l'hôpital universitaire Sainte Marguerite, se distingue donc des autres équipes par ses pratiques et ses engagements (Girard et al. 2012).

2.2.2.1.1. L'aller vers dans la rue

MARSS travaille en priorité avec les personnes ayant connu de longs parcours de vie dans la rue. L'objectif principal est de permettre aux personnes de redevenir des citoyens comme les autres. Il a pour principe d'action premier d'aller rencontrer les personnes là où elles vivent, géographiquement et existentiellement.

2.2.2.1.2. Une approche rétablissement

MARSS s'inspire d'un modèle d'intervention psychiatrique appelé «rétablissement».

2.2.2.1.2.1. Définition du rétablissement

Anthony (1993) décrit le rétablissement comme :

« Un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière

épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la « maladie mentale ».

Le rétablissement en santé mentale ne peut se réduire au rétablissement de la seule maladie. La personne souffrant d'un trouble mental doit aussi se remettre de la stigmatisation dont elle a si souvent été victime.

Il s'agit donc de créer et d'assurer un contexte de soins et de soutien dans lequel la personne concernée puisse retrouver la confiance en soi, l'estime de soi, l'espoir d'un avenir riche et positif, mais également la confiance et le respect d'autrui, de sa famille, de ses proches, de ses collègues, de son quartier.

2.2.2.1.2.2. La présence de médiateurs pairs en santé mentale

Comme l'avait fait Jean-Baptiste Pussin, qui convainquit PINEL d'employer d'anciens malades guéris ou convalescents comme personnel de salle dans les asiles car :

« Ils ont appris à compatir aux maux qu'ils ont connus, ils secondent mieux les efforts du médecin, leur exemple ranime la confiance des malades ».

Les médiateurs pairs en santé mentale, font partie intégrante de l'équipe MARSS depuis le commencement. Les théories du « rétablissement », nous ont donné des outils permettant de travailler l'autonomie, la capacité à agir, l'espoir des patients, et les médiateurs pairs en sont les ambassadeurs. Ils nous aident à atteindre les objectifs, par l'établissement de stratégies adaptées et d'un diagnostic global pluridisciplinaire. Par leur travail, ils renforcent l'alliance thérapeutique avec les équipes, leur savoir complète ainsi le savoir médicosocial des équipes existantes. La professionnalisation de ce savoir expérientiel, nous apporte des outils essentiels, permettant de travailler sur une personne entière et non sur son handicap ou sa situation d'exclusion.

2.2.2.1.3. Une approche par le chez-soi

Les personnes sans-abri rencontrées par l'équipe MARSS dans la rue n'ont cessé de répéter qu'elles avaient d'abord besoin d'un logement avant de soins. L'ouverture d'un squat, faute de financement, en 2007, a permis à l'équipe de commencer à répondre à cette demande insistante.

Puis en 2010, suite aux conclusions du rapport « La santé des personnes sans chez soi », la ministre de la santé en partenariat avec le ministre du logement décident de financer un programme expérimental permettant l'analyse de l'accès au chez soi des usagers de la psychiatrie vivant dans la rue, sans que ce choix ne soit conditionné par l'acceptation d'un suivi thérapeutique. C'est le programme « un chez soi d'abord » ou « housing first ». Fin 2011 le programme débute sur 4 villes : Paris, Marseille, Lille et Toulouse. En Mars 2014, plus de 700 personnes sont incluses. Les premières analyses intermédiaires vont être produites fin 2014.

Par ses différentes actions l'équipe tente de promouvoir un accès rapide au chez-soi. Ceci fait partie intégrante du projet de soins et est souvent le garant à long terme de la réussite de ce projet.

2.2.2.1.4. Une approche expérimentale et politique

Les problématiques rencontrées dans les premières années par l'équipe nous ont amené à explorer d'autres champs de compétences que ceux initialement prévus dans notre formation de clinicien. Un exemple en est la volonté de mettre en place un plaidoyer pour faire évoluer les politiques publiques, tant sanitaires que liées au logement. Ce choix du plaidoyer est issu d'un métissage des cultures associatives (par l'ONG médicale MDM) et du concept de rétablissement, modèle d'intervention choisi par notre équipe, lui-même issu du mouvement des droits civiques américain. (Davidson et al. 2010).

Dans le cadre des réflexions sur les différentes stratégies de discours possibles à adopter, l'équipe identifie rapidement qu'il existe peu de données sur la mortalité des personnes SDF en France, surtout en ce qui concerne les sans chez soi décédant dans la rue. Donc une

approche expérimentale visant à la récolte de données autour des sans chez soi est nécessaire en vue de pouvoir identifier les bonnes pratiques et est essentielle à la pour promouvoir les plaidoyers

III. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

Analyser les causes de décès des personnes sans-chez soi et les comparer aux causes de décès des personnes ayant un chez-soi.

2. Objectifs secondaires

L'équipe MARSS a souhaité continuer le travail entamé en 2006 sur la mortalité des sans chez-soi marseillais, de manière à approfondir ses connaissances sur cette population cible de son action. De manière à améliorer les conditions de prise en charge de ses personnes en ambulatoire ou au sein des hôpitaux.

IV. Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique de type exposé / non exposé.

Le fait d'être sans chez-soi étant considéré comme le facteur d'exposition. Les levées de corps une année donnée ont été examinées, pour permettre une comparaison entre les personnes sans chez-soi et un échantillon de personnes ayant un chez-soi sélectionné sur la totalité des personnes autopsiées de manière à être apparié sur l'âge et le sexe.

2. Matériels et méthode

La population d'étude a été constituée à partir de l'intégralité des comptes-rendus d'autopsies réalisées par l'UML Timone Marseille une année donnée : 2011.

Le critère d'inclusion dans le groupe exposé était le fait d'être sans chez-soi selon la typologie ETHOS au moment du décès (classes 1 à 7).

Dans un premier temps, les personnes sans chez soi ont été identifiées parmi ces levées de corps et vont constituer le groupe « exposé ».

Dans un deuxième temps, un échantillon de personnes qui avaient un domicile au moment de leur décès a été constitué de manière à être apparié sur l'âge et le sexe des personnes sans chez-soi isolées dans le premier temps. Cet échantillon de même taille a été créé pour permettre des comparaisons et va constituer le groupe « non exposé ».

A partir des rapports, les données suivantes ont été recueillies :

Pour les personnes sans chez-soi incluse dans le groupe «exposé»: identifiant constitué des trois premières lettres du nom et des trois premières lettres du prénom, sexe, âge, situation vis-à-vis du logement selon la classification ETHOS, type d'habitat en clair, antécédents psychiatriques mentionnés dans le document, antécédents addictologiques mentionnés dans le document, autres comorbidités décelables à l'autopsie, causes du décès, pour les suicides : mode de suicide.

Pour le groupe «non-exposé», les données recueillies étaient : identifiant constitué des trois premières lettres du nom et des trois premières lettres du prénom, sexe, âge, antécédents psychiatriques mentionnés dans le document, antécédents addictologiques mentionnés dans le document, causes du décès, pour les suicides : mode de suicide.

Critère de jugement: les causes des décès ont plus particulièrement été analysées : suicide et morts violentes.

La collecte a été réalisée à partir de la lecture de l'intégralité des rapports d'autopsie, que l'UML a mis à ma disposition. Une première lecture m'a permis de réaliser l'inclusion, c'est à dire d'isoler les dossiers des personnes sans chez-soi. Dans le deuxième temps, une lecture plus attentive des rapports d'autopsie des sujets exposés (sans chez-soi) et non exposés (ayant un chez-soi au moment du décès) m'a permis de recueillir les données.

Traitement des données

Ces données ont été saisies sur un tableur Excel.

Les tests statistiques ont été menés au moyen du logiciel SPSS Statistics version 20.

La sélection des dossiers nécessaires à la constitution du groupe « non exposé » à partir de la base a été réalisée au moyen d'un greedy algorithm, qui produit de très bons appariements, surtout si le nombre de témoins est importants par rapport au nombre de cas (Bergstralh EJ & Kosanke JL, 1995).

Les variables continues ont été décrites en moyenne et écart type, les variables catégorielles en pourcentages. Les moyennes ont été comparées au moyen de tests T de Student, les proportions au moyen de tests du Khi 2 après vérification des conditions d'application de ces tests. Les RR ont été calculé au moyen d'un modèle de régression logistique binominale. Les intervalles de confiance ont été calculés avec une précision de 95%.

Le seuil de significativité a été fixé pour un $p < 0,05$.

V. Résultats et conclusion

1. Résultats

274 dossiers ont été mis à ma disposition, constituant l'intégralité des rapports d'autopsie effectués à l'IML Timone Marseille durant l'année 2011.

64 femmes (23,4 %) et 210 hommes (76,6 %) ont ainsi été autopsiés au cours de l'année 2011.

Sur les 274 rapports, j'ai identifié 35 rapports concernant des personnes sans chez-soi (soit 12.8 % des rapports), constituant les inclusions dans le groupe « exposé ». Une première analyse avait permis de retenir 37 dossiers concernant à priori des individus sans chez soi. Deux individus ont dû par la suite être exclus de l'étude, leurs rapports d'autopsie étant insuffisamment documentés.

Dans un but de comparaison 35 « non-exposés » ont été sélectionnés à partir des 239 personnes ayant un domicile au moment de leur décès, appariés sur l'âge et le sexe au groupe « exposé ».

Au moment de l'autopsie, 9 personnes sur les 274 n'étaient pas identifiées (3,3 %). Elles ont été nommées « X » ou « XY » avec un complément d'identification en rapport avec le lieu de découverte (Corniche, métro), la date de décès ou encore l'identité supposée.

4 appartiennent au groupe des personnes sans chez-soi, ce qui correspond à 11,4 % du groupe « exposé », quand il correspond à 2 % de la totalité des non exposés (5 non identifiés sur 239).

Description du groupe « exposé » :

Parmi les 35 personnes incluses, on dénombre 5 femmes (14,3 %) et 30 hommes (85,7 %).

Parmi les 239 dossiers restants, la proportion de femmes est de 24,7 % (n=59).

La moyenne de l'âge du décès des 35 sujets sélectionnés était de 44,09 ans (ET=8,95), avec un âge minimum de 25 ans, et un âge maximum de 60 ans.

Pour les femmes, l'âge moyen du décès était de 35,8 ans (ET=6,1), avec un âge minimum de 27 ans, et un âge maximum de 44 ans.

Pour les hommes, l'âge moyen du décès était de 45,5 ans (ET=8,6), l'âge minimum étant de 25 ans, l'âge maximum de 60 ans.

Concernant la situation vis-à-vis du logement : 48,5 % des sujets correspondaient à la catégorie « sans abri », à savoir ETHOS 1 « vivant dans la rue ou l'espace public » ou ETHOS 2 « vivant en hébergement d'urgence », soit 17 personnes ; les autres appartenant à la catégorie « sans logement » de la classification ETHOS et se répartissant comme tel : 6 en CHRS ou habitat de transition (soit 17,2 % ETHOS 3), 6 en prison et 1 à l'hôpital (soit 20 % ETHOS 6). Enfin 5 personnes (14,3 %) étaient étiquetées « sans domicile » sur la levée de corps sans renseignement complémentaire sur leur mode de vie, ne permettant de les classer selon la classification ETHOS. Ces données sont figurées dans le schéma x.

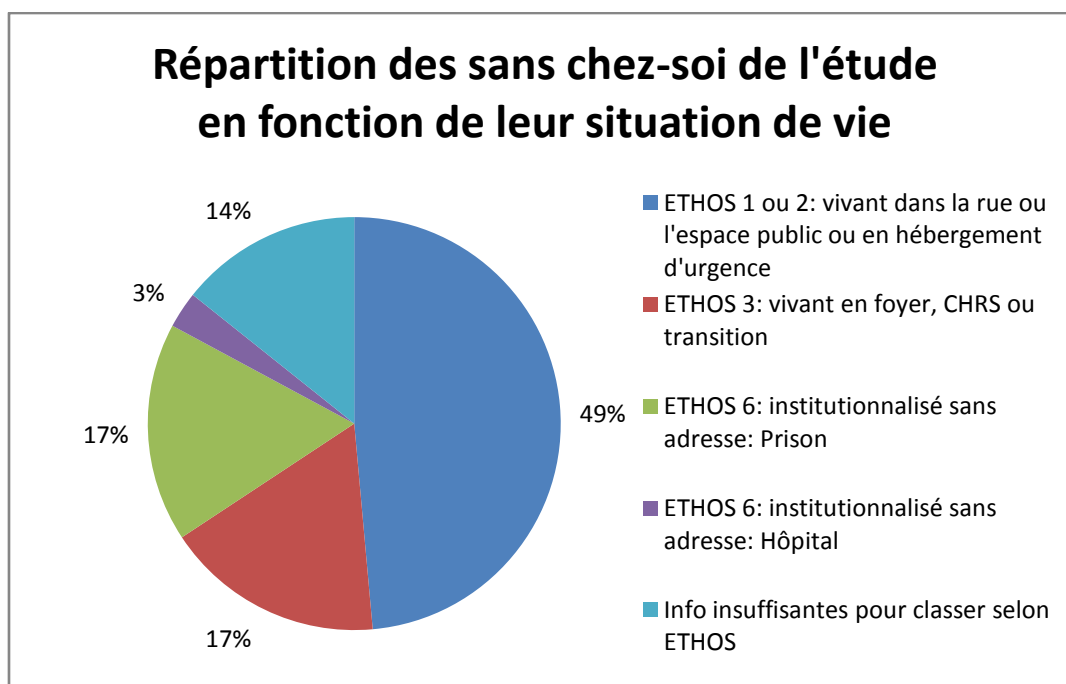


Schéma7 : Condition de vie des sans chez-soi autopsiés à l'UML en 2011

57 % des levées de corps mentionnaient des antécédents psychiatriques (n=20) : 5 rapportaient des antécédents de tentative de suicide (les 5 personnes concernées étant d'ailleurs décédées par suicide); 4 rapportaient des antécédents de dépression, dont 2 associés à une addiction à l'alcool ; 2 mentionnaient un diagnostic de schizophrénie ; 1 celui de trouble grave de la personnalité. Les autres antécédents psychiatriques n'étaient pas détaillés mais évoqués au travers de la prise en charge : 2 « sous tutelle du fait de troubles psychiatriques », 2 « suivis en hôpital psychiatrique », 1 « D398 ».

28,6 % des levées de corps parlaient de problèmes addictologiques (n=10) pour les personnes sans chez-soi décédées, parmi lesquels 2 faisaient état de polytoxicomanie et 8 de troubles liés à l'alcool, dont 6 responsables de lésions visibles (2 cirrhoses et 4 stéatoses hépatiques).

51,4 % faisaient état de comorbidités somatiques décelables (n=18).

7 mentionnaient une seule comorbidité somatique, 6 en mentionnaient 2, 4 en mentionnaient 3 et 1 en mentionnait 4 (toutes gravité confondue).

Les pathologies retrouvées étaient les suivantes :

- Cardiopathie : 3 ; athérosclérose : 5 ; HTA : 2
- Pneumopathie : 2 ; cancer pulmonaire : 1
- Cirrhose hépatique : 2 ; stéatose hépatique : 4 ; hémorragie digestive : 1
- Cancer du pancréas : 1
- Obésité : 4 ; diabète : 1
- SIDA : 1 ; VHC : 1 ;
- Pédiculose : 1
- Nanisme : 1
- Appareil locomoteur : 1 (« fauteuil roulant »)

Parmi les causes de décès :

22 étaient des morts violentes (soit 60%) :

15 faisant suite à un suicide (soit 42,8%)

- 9 pendaisons
- 5 IMV, dont 1 associée à une phlébotomie, et 1 à une noyade
- 1 défenestration

6 consécutives à un accident (14,3%)

- 2 accidents de la voie publique
- 2 chutes
- 1 noyade
- 1 plaie arme blanche accidentelle

1 suite à un homicide

10 étaient d'origine somatique (28,6%)

- 5 cardio-vasculaire
- 1 pulmonaire
- 1 infectieuse
- 1 gastro-intestinale
- 2 non précisées, concluant à une cause « probablement somatique »

Enfin pour 4 personnes, la cause du décès demeurerait inconnue après l'autopsie (11,4%).

Comparaisons entre les deux groupes

Nous avons vérifié la qualité de l'appariement.

Cet appariement effectué était de bonne qualité, avec un groupe « non exposé » constitué de 5 femmes et 30 hommes (5 femmes et 30 hommes dans le groupe « exposé »), et une moyenne d'âge de 44,34 ans (ET=9,19 ans) contre 44,09 (ET=8,9ans), $p=0,910$.

Toutes morts violentes confondues (homicide, suicide, accident) étaient responsables de 74,3 % des décès du groupe « non exposé » ($n=26$), alors qu'ils constituaient 62,9 % des décès du groupe « exposé » ($n=22$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative $p=0,303$.

Le groupe « exposé » décède plus souvent de causes somatiques ou inconnues que le groupe « non exposé » : 37,1 % des personnes sans chez-soi ($n=13$), contre 25,7 % des personnes ayant un domicile ($n=9$).

La différence était encore plus importante au sein du groupe ETHOS 1 :

Les 21 sujets de ce groupe étaient 47,6 % à décéder de cause somatique ou inconnue, contre 24,5 % des sujets qui ne vivaient pas à la rue (différence statistiquement significative $p=0,05$).

Le risque relatif de mourir de cause somatique ou inconnue pour les personnes sans chez-soi autopsiées à l'IML était dans notre étude calculé à 1,71 IC 95 % : [0,61 – 4,74]. Nous n'avons donc pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le fait d'être sans chez-soi et le fait de mourir de cause somatique ou inconnue chez les personnes autopsiées par l'IML à Marseille en 2011.

Le suicide était la cause du décès de 42,8 % des personnes sans chez-soi ($n=15$), alors qu'il était la cause du décès de 25,7 % des personnes ayant un chez-soi ($n=9$, dans le groupe non « exposé »), résultat non significatif $p=0,131$.

Parmi les 9 suicidés du groupe « non exposé » :

5 sont décédés par pendaison

2 par arme à feu

1 par défenestration

Le risque relatif de suicide pour les personnes sans chez-soi autopsiées à l'IML était dans notre étude de 2,17 avec un IC 95 % [0,79 – 5,96]. Nous n'avons donc pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le fait d'être sans chez-soi et le suicide chez les personnes autopsiées par l'IML à Marseille en 2011.

2. Discussions et limites

Tout d'abord, le nombre de sans abri retrouvé parmi les autopsies réalisées en 2011 apparaît très important au regard du nombre total d'autopsies (13 %).

11,4 % des personnes du groupe sans chez soi ne sont pas identifiées au moment de l'autopsie contre seulement 2 % du groupe «non exposé ». Les personnes vivant dans la rue sont souvent plus isolées, avec des ruptures dans leur parcours, des migrations, des fuites, qui expliquent que leurs entourages ne sachant pas où elles sont, ignorent aussi qu'elles disparaissent, ne les recherchent pas et ne peuvent donc pas les identifier. Elles subissent aussi plus de vols de papiers qui pourraient permettre l'identification. En tant qu'équipe de rue, nous sommes fréquemment confrontés à la problématique de l'identité des personnes de la rue, qui est en elle-même difficile à recueillir, car elles usent fréquemment de surnoms, préfèrent parfois cacher leur identité réelle, ou développent des délires au sujet de cette identité qui devient encore plus difficile à reconstituer, même du vivant des personnes concernées.

En ce qui concerne l'étude, les conséquences de cette non identification entraînent un biais d'information. En effet un rapport d'autopsie chez un inconnu ne peut être précis sur l'âge, sur d'éventuelles pathologies non décelables à l'autopsie, sur l'existence d'un traitement...

Le fort pourcentage d'hommes de notre étude (85,7 %) est classique dans les études sur le sujet, qu'elles soient nationales ou internationales. De la même manière, l'âge moyen au décès (44,1 ans) est comparable à ceux des études mentionnées au paragraphe 1.2.2 (p 12).

Comme dans l'étude de 2006, il est retrouvé un âge moyen au décès inférieur chez les femmes sans chez soi marseillaises : 35,8 ans. A Marseille les sans chez soi ont une espérance de vie similaire à celles des pays les plus pauvre de la planète malgré les progrès de la médecine et les politiques de santé publiques mis en place.

L'analyse des conditions de vie au moment du décès montre l'hétérogénéité des expériences d'être sans chez-soi : en prison ou à l'hôpital sans domicile, en foyer d'urgence, de réinsertion ou dans la rue.

Près de 60 % des sans chez soi du groupe « exposé » avaient des antécédents psychiatriques, ce qui est plus important que dans l'étude SAMENTA ¹ qui retrouve un tiers de troubles psychiatriques dans la population sans domicile personnel, ce qui va dans le sens d'une surmortalité des sans chez soi souffrant de troubles psychiatriques (Fazel, Nielsen).

Dans notre étude, seules 2 personnes sont considérées comme schizophrènes. Or la méta-analyse sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les sans chez soi évalue à 15 % le pourcentage de personnes souffrant de schizophrénie, quel que soit le pays concerné, et SAMENTA l'évalue à 13 % en France. Ceci souligne le faible effectif de notre étude, ainsi que le manque d'exhaustivité des renseignements fourni par les rapports d'autopsie. Les médecins qui réalisent des autopsies n'extrapolent pas le diagnostic : par exemple, une prescription d'antipsychotique ne fait pas porter le diagnostic de schizophrénie, même associé à une mesure de contrainte et de protection.

Soulignons que la finalité des rapports d'autopsie n'est pas médicale, mais judiciaire, puisqu'il s'agit de donner au juge les éléments lui permettant de décider de la poursuite d'investigations complémentaires ou non.

11 % des sans chez-soi autopsiés en 2011 étaient décédés par suicide, ce qui converge avec les résultats de l'étude de 2006 qui retrouvait 15 % de suicidés. Comme nous l'avons mentionné (p 38), quelle que soit les études sur la mortalité des sans chez-soi, le risque d'autolyse est surreprésenté. Beaucoup d'auteurs lient ce fait à la prévalence de la morbidité psychiatrique [(Hwang et al. 2009) (Nielsen et al. 2011)].

Dans notre étude, tous les cas étudiés décédés par suicide avaient des antécédents de tentatives de suicide. En effet, le facteur de risque le plus important de suicide est le fait d'avoir fait des tentatives de suicides.

28,6 % des sans chez-soi présentaient une addiction, ce qui est parfaitement comparable à la prévalence évaluée par l'étude SAMENTA (28,5 %). Ces chiffres sont nettement inférieurs à ceux retrouvés par Hwang en 2009, qui retrouve une addiction dans près de 45 % des cas de décès survenu chez les sans chez soi. Les données de Hwang concernent une population canadienne décédée au cours d'une hospitalisation. Les données géographiques semblent importantes sur ce point : la méta-analyse de Fazel montre que les addictions sont très hétérogènes parmi les sans-abri en fonction des différents pays, par exemple la prévalence pour l'alcool était de 8,1 % à 58 %. Dans notre groupe comme dans SAMENTA, l'addiction à l'alcool était la plus fréquente. La moitié des usagers d'alcool présentent des lésions macroscopiquement visibles à l'autopsie, reflétant la toxicité des modes de consommation dans la rue : absorption de grandes quantités, alcool de mauvaise qualité, mélanges...

Pour notre étude, nous avons fait le choix d'utiliser une méthode de récolte des données qui se veut indépendante du chez soi. Une première limite s'est alors imposée à nous, à savoir qu'elles sont soumises aux contraintes liées à la récolte de données sur des rapports d'autopsie. Les données auxquelles nous avons accédé sont régionales, ce support n'est pas prévu pour une récolte de données scientifiques : non exhaustif (antécédents, résultats d'examens complémentaires, etc..), de plus certaines données sont absentes (données sur le logement, conditions de vie, habitus...).

Donc, l'utilisation des données des rapports d'autopsie, exclut une partie des sans chez soi et est responsable de certains biais que nous allons voir par la suite.

Les autopsies ne portent que sur les morts suspectes. Ce qui exclut une grosse partie des décès, dont les résultats sont récupérés par l'intermédiaire des certificats de décès, par le CépiDc Inserm.

Les études qui se sont penchées sur la comparaison entre les certificats de décès et les rapports d'autopsie nous apprennent que dans environ 30 % des cas, les causes de décès sont différentes. Avec notamment une surestimation lors des levées de corps des décès liés

à une origine cardiaque ou respiratoire et une sous-estimation des causes d'origine traumatique ou digestive. Il persiste également une sous-estimation du nombre de suicides et de morts accidentelles qui sont classées dans les morts d'origines naturelles (personnes âgées) (Roulson, Benbow, & Hasleton, 2005).

Moins de 5 % des autopsies ne retrouvent pas la cause de la mort et peuvent nécessiter dans ce cas des analyses complémentaires (à la demande du magistrat en France) (Maclaine, Macarthur, & Heathcote, 1992), (Shojania, Burton, McDonald, & Goldman, 2003), (Kircher, Nelson, & Burdo, 1985), (Smith, Scott, & Wagner, 1998).

L'inclusion en tant que sans chez soi était basée sur les données des rapports d'autopsie. Il est donc possible que certaines personnes sans chez soi n'aient pas pu être identifiées comme telles dans les données récupérées.

Donc l'utilisation des rapports d'autopsie par rapport aux certificats de décès permet d'éviter les biais relatif aux certificats de décès, vu plus haut. Mais il permet un recueil de données plus précis sur les causes de décès, par contre il faut faire attention avec ce mode de recrutement qui surreprésente les causes de mort violente et les sans chez soi.

Les morts violentes représentent, 74,3 % des décès du groupe « non exposé » (n=26) et 62,9 % des décès du groupe « exposé » (n=22).

60 % des décès dans le groupe «exposé » sont la conséquence d'une mort violente et plus de 2/3 de ces décès sont le résultat d'un suicide.

Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre le fait d'être sans chez-soi et le suicide dans cette étude. Néanmoins il existe une nette surreprésentation de cette cause de mortalité, alors que dans la population générale le suicide représente 2 % de toutes les causes de décès. Si les effectifs sont insuffisants pour le démontrer de manière statistiquement significative, le suicide apparaît comme une cause importante de décès des personnes sans abri.

Points positifs

Les deux plus importantes études centrées sur la notion de mortalité des sans chez soi, à savoir Hwang et al. 2009 et Nielsen et al. 2011, excluent une partie non négligeable des populations de sans chez soi étudiées. Au niveau international, la plupart des études ne prennent pas en compte l'itinérant total ETHOS1, celui qui vit dans la rue :

Cette exclusion est due pour la plupart des cas à un biais de sélection. Ces exclus parmi les exclus ne fréquentent pas les centres pour sans-abris [(Hwang et al. 2009) (Nielsen et al. 2011)] et sont très souvent en dehors du parcours de soin classique (Fazel et al. 2008). Ce qui en découle pour les résultats étudiés, est une sous-représentation des personnes les plus exposées au danger de la rue et donc une sous-estimation de la morbi-mortalité dans cette population. Pourtant avec 50 % de sans chez soi ETHOS 1 inclus dans le groupe exposé, on ne retrouve pas autant de mortalité de cause addictologique, comparativement aux études internationales et régionales. Ainsi Le Dr Ledrole retrouvait, dans une étude menée sur l'étude de rapports d'autopsie d'une quarantaine de sans chez soi lillois, qu'une overdose est responsable directement ou indirectement de 1/3 des décès de cette population.

Mais à Marseille, que cela soit en 2006 ou 2011 la mortalité lié aux overdoses restait une cause mineure pour les sans chez soi locaux.

Ici, la limite est que les causes de mortalité des sans chez soi peuvent présenter des spécificités régionales notamment lorsque l'échantillon manque de représentativité.

Le groupe « exposé » décède plus souvent de causes somatiques ou inconnues que le groupe « non exposé » : 37,1 % des personnes sans chez-soi (n=13), contre 25,7 % des personnes ayant un domicile (n=9). Et cette différence est encore plus importante au sein du groupe ETHOS 1 :

Les 21 sujets de ce groupe étaient 47,6 % à décéder de cause somatique ou inconnue, contre 24,5 % des sujets qui ne vivaient pas à la rue (différence statistiquement significative $p=0,05$).

Calcul du RR de mourir de cause somatique ou inconnue pour les personnes sans chez-soi autopsiées à l'IML : $RR = 1,71 [0,61 - 4,74]$. Pourtant seuls 51 % des sans chez soi du groupe exposé ont des antécédents de pathologies somatiques ou de lésions macroscopiques à l'autopsie. On retrouve à peu près la même prévalence d'antécédent somatique et de décès

d'origine somatique et inconnue. Ceci renforce le fait que la récolte des données chez les sans chez soi ETHOS 1 est difficile et manque d'exhaustivité. Un autre aspect déjà abordé dans la première partie, est sur l'accès aux soins des sans chez soi et du mésusage du système de santé, et peut permettre d'expliquer ce décalage. Pour avoir des antécédents il faut consulter un médecin et si possible avoir un suivi régulier auprès d'un praticien. Le fait de vivre dans la rue ne permet pas de conserver ces informations ou de réaliser un suivi régulier.

En revanche les causes de morts supposées fréquentes chez les sans chez soi comme les hypothermies ou la tuberculose pulmonaire ne sont pas retrouvées.

3. Conclusion

Devant un si faible échantillon on ne peut tirer beaucoup de conclusion. Mais un des intérêts majeur de cette façon de faire et que l'on peut également recueillir des données sur les sans chez-soi ETHOS 1.

Il faut également noter le peu de données recueillies sur les femmes sans chez-soi marseillaise, bien que les $\frac{3}{4}$ décèdent avant 40 ans.

Un des but de cette thèse est de produire de l'information sur cette inégalité qu'est l'absence de chez-soi, en termes d'espérance de vie, en direction des citoyens, des pouvoirs publics et par conséquent de développer un plaidoyer.

La connaissance du nombre de décès de sans chez-soi dans une population, est nécessaire de suivre cette question de santé publique. Cette étude propose une manière possible d'estimer le nombre de décès sans-abri, à partir des autopsies réalisées dans les services médico-légaux, en utilisant une méthode de capture-recapture qui devrait dépasser les limites actuelles.

Dans la plupart des pays industrialisés, il existe un registre ou une association qui recense au niveau national les sans chez-soi décédés. Aucune source similaire n'existe en France, pourtant ce type de base de données paraît être nécessaire pour que les acteurs de santé publique puissent tirer des conclusions des politiques de santé mises en place à ce jour. Il

existe déjà le CépiDC Inserm qui recueille les certificats de décès, mais comme nous l'avons vu les certificats apportent des informations limitées et ils ne précisent pas les conditions de vie des personnes (nom, lieu d'habitation, ressources ==> données anonymes).

D'autres études sur la mortalité des sans chez soi Français sont nécessaires, en particulier sur les causes de décès intéressant de plus grands effectifs.

Permettant de mieux connaître les facteurs qui rendent cette population aussi vulnérable et entraîne une baisse aussi importante de l'espérance de vie

Et diminuer ainsi le nombre de décès prématuré, par la mise œuvre de stratégies orientées qui prennent en compte les spécificités de cette population.

VI. Bibliographie

- 2006 Annual Report on Homeless Death. Health care for the Homeless Network Public Health-Seattle and King County. (2007). Retrieved from <http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/personal/~media/health/publichealth/documents/hchn/2007AnnualReportHomelessDeaths.ashx>
- Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C., & Weiden, P. J. (1999). Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(11), 1686–1696.
- Alstrom, C. H., Lindelius, R., & Salum, I. (1975). Mortality among homeless men. *The British Journal of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, *70*(3), 245–252.
- Altena, A. M., Brilleslijper-Kater, S. N., & Wolf, J. L. M. (2010). Effective interventions for homeless youth: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(6), 637–645.
- Aouba, A., Eb, M., Rey, Jougla, E., & Pavillon, G. (2009). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*.
- Auquier, P., Lançon, C., Rouillon, F., & Lader, M. (2007). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *16*(12), 1308–1312. doi:10.1002/pds.1496
- Babidge, N. C., Buhrich, N., & Butler, T. (2001). Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(2), 105–110.
- Barrow, S. M., Herman, D. B., Córdova, P., & Struening, E. L. (1999). Mortality among homeless shelter residents in New York City. *American Journal of Public Health*, *89*(4), 529–534.
- BASSINI, C. (2009, March). Le score EPICES : un nouveau score individuel de précarité. *RHIZOME*.n°34, 12.
- Basu, D., & Aggarwal, M. (2009). Mortality in patients with schizophrenia. *Lancet*, *374*(9701), 1591.
- Beijer, U., & Andréasson, S. (2010). Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *European Journal of Public Health*, *20*(5), 511–516.
- Bergstralh EJ, & Kosanke JL. (1995). *Computerized matching of controls* (Section of Biostatistics Technical No. 56). Mayo Foundation.

- Björkenstam, E., Ljung, R., Burström, B., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., & Weitoft, G. R. (2012). Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients--a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*, *2*, e000778. doi:10.1136/bmjopen-2011-000778
- Briant, P., & Donzeau, N. (2011). Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficile : La situation dans les années 2000. *INSEE PREMIÈRE*.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *177*, 212–217.
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *196*(2), 116–121. doi:10.1192/bjp.bp.109.067512
- Bushe, C. J., Taylor, M., & Haukka, J. (2010). Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, *24*(4 Suppl), 17–25. doi:10.1177/1359786810382468
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, *33*(3), 395–405.
- Charrel, C., Plancke, L., Defromont, L., Guénin, m, Vaiva, G., & Danel, T. (2013). La mortalité des patients souffrant de troubles psychiatriques : une étude à partir d'une cohorte de patient hospitalisés en service de psychiatrie. *Psy.Brèves*, (1).
- Cheung, A. M., & Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, *170*(8), 1243–1247.
- Chiu, S., Redelmeier, D. A., Tolomiczenko, G., Kiss, A., & Hwang, S. W. (2009). The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *63*(11), 943–948.
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 393–399.

Community Health Epidemiology and Disease Control. San Francisco Homeless Deaths-Identified from Medical Examiner Records. (1999). Retrieved from

<http://www.sfdph.org/dph/files/reports/StudiesData/Homeless/RptHomeless97.pdf>

Craig, T. J., & Lin, S. P. (1981). Mortality among psychiatric inpatients. Age-adjusted comparison of populations before and after psychotropic drug era. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 935–938.

Damon, J. (2012). *La question SDF: critique d'une action publique* (2e édition mise à jour.). Paris: Presses universitaires de France.

De Hert, M., Correll, C. U., & Cohen, D. (2010). Do antipsychotic medications reduce or increase mortality in schizophrenia? A critical appraisal of the FIN-11 study. *Schizophrenia Research*, 117(1), 68–74.

De la Rochère, B. (2003, Avril). La santé des sans domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*.

De Luca, V., Tharmalingam, S., Müller, D. J., Wong, G., de Bartolomeis, A., & Kennedy, J. L. (2006). Gene-gene interaction between MAOA and COMT in suicidal behavior: analysis in schizophrenia. *Brain Research*, 1097(1), 26–30. doi:10.1016/j.brainres.2006.04.053

Demailly, L., & Autès, M. (Eds.). (2012). *La politique de santé mentale en France: acteurs, instruments, controverses*. Paris: Armand Colin.

Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. (2005). *American Heart Association*.

Dickerson, F., Stallings, C. R., Origoni, A. E., Vaughan, C., Khushalani, S., Schroeder, J., & Yolken, R. H.

(2013). Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(1), 44–50.

DONZEL, A. (2005). Marseille : une métropole duale ? *Faire Savoir*.

Eaton, W. W., Roth, K. B., Bruce, M., Cottler, L., Wu, L., Nestadt, G., ... Muñoz, A. (2013). The relationship of mental and behavioral disorders to all-cause mortality in a 27-year follow-up of 4 epidemiologic catchment area samples. *American Journal of Epidemiology*, 178(9), 1366–1377.

Equipe mobile de santé communautaire, Girard V., & Pauly V. (2009). Mortalité des personnes sans abri à Marseille. *Médecin du monde*.

Esperance de vie en france. (2010). INED.

- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), 225.
- Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. (2011). Retrieved from <http://www.feantsa.org/spip.php?page=sommaire&lang=fr>
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., ... Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370–376.
- Fournier, L. (1996). *L'itinérance selon la documentation scientifique: recension des écrits*. Montréal: Centre de recherche P. Pinel.
- Fournier, L., & Mercier, C. (1996). *Sans domicile fixe: au-delà du stéréotype*. Montréal: Méridien.
- Geddes, J. R., & Fazel, S. (2011). Extreme health inequalities: mortality in homeless people. *Lancet*, 377(9784), 2156–2157.
- Girard V. (2009). Rapport “ La santé des personnes sans chez-soi.” Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Girard, V., Sarradon-Eck, A., Payan, N., Bonin, J.-P., Perrot, S., Vialars, V., ... Simeoni, M.-C. (2012). [The analysis of a mobile mental health outreach team activity: from psychiatric emergencies on the street to practice of hospitalization at home for homeless people. *Presse Médicale (Paris, France: 1983)*, 41(5), e226–237.
- Gissler, M., Laursen, T. M., Osby, U., Nordentoft, M., & Wahlbeck, K. (2013). Patterns in mortality among people with severe mental disorders across birth cohorts: a register-based study of Denmark and Finland in 1982-2006. *BMC Public Health*, 13, 834.
- Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., & Hurtado-Ruíz, G. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 333–345.

- Grenier, P. (1996). *Still dying for a home: an update of "crisis" 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality*. London: Crisis. Retrieved from <http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/still%20dying%20for%20a%20home.pdf>
- Hanzlick, R., & Parrish, R. G. (1993). Deaths among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 108(4), 488-491.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 11-53.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 187, 9-20.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Herrman, H. (2008). Mental disorders among homeless people in western countries. *PLoS Medicine*, 5(12), 237.
- Hibbs, J. R., Benner, L., Klugman, L., Spencer, R., Macchia, I., Mellinger, A., & Fife, D. K. (1994). Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *The New England Journal of Medicine*, 331(5), 304-309.
- Hochmann, Jaques. (2013). *Histoire de la psychiatrie* (Presses universitaires de France.).
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 24(4 Suppl), 81-90.
- Hwang, S. W. (2000). Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 283(16), 2152-2157.
- Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 164(2), 229-233.
- Hwang, S. W., Lebow, J. M., Bierer, M. F., O'Connell, J. J., Orav, E. J., & Brennan, T. A. (1998). Risk factors for death in homeless adults in Boston. *Archives of Internal Medicine*, 158(13), 1454-1460.
- Hwang, S. W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., & Garner, R. E. (2005). Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311-319. doi:10.1016/j.amepre.2005.06.017

- Hwang, S. W., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P. J., & Dunn, J. R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339, b4036.
- INED. (2014, MâJ).
http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/graphiques_mois/esperance_vie_france/.
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169–171. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x
- Keyes, S. (1992). *Sick to death of homelessness. London : Crisis*.
- Kontaxakis, V., Papaslanis, T., Havaki-Kontaxaki, B., Tsouvelas, G., Giotakos, O., & Papadimitriou, G. N. (2013). Suicide in Greece: 2001-2011. *Psychiatrikē = Psychiatriki*, 24(3), 170–174.
- Kovess, V., & Mangin Lazarus, C. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(11), 580–587.
- Kramer, M. (1970). *Les statistiques de santé mentale et leurs applications*. WHO- Geneva.
- La Fédération nationale des Samusociaux. (2014).
- La Fondation Abbé Pierre. (2014). <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/focus/sans-domicile-luttons-pour-quils-vivent-un-apres>.
- Laberge, D., & Roy, S. (1994). Interroger l'itinérance : stratégies et débats de recherche. *Cahiers de Recherche Sociologique*, (22), 93. doi:10.7202/1002211ar
- Lang, D. J., Barr, A. M., & Procyshyn, R. M. (2013). Management of Medication-Related Cardiometabolic Risk in Patients with Severe Mental Illness. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 7(4), 283–287. doi:10.1007/s12170-013-0321-1
- Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). *LA SANTÉ MENTALE ET LES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL D'ILE-DE-France, SAMENTA, Observatoire du SAMU SOCIAL de Paris*.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in

unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia.

The Journal of Clinical Psychiatry, 68(6), 899–907.

Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., ... Nordentoft, M.

(2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the nordic countries. *PloS One*, 8(6), 67133.

Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental

illness. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(12), 752–760.

Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, Samara M, Barbui C, Engel RR, Geddes JR,

Kissling W, Stapf MP, Lässig B, Salanti G, Davis JM. 2012 « Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis». *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951-62.

LEDROLE, G. (2003). *Etude des causes de décès des sans domicile fixe de l'agglomération lilloise : A propos*

de 40 autopsies (1996 à 2001),. Lille 2-Henri Warembourg.

Leyland, A. H., Dundas, R., McLoone, P., & Boddy, F. A. (2007). Cause-specific inequalities in mortality in

Scotland: two decades of change. A population-based study. *BMC Public Health*, 7, 172.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528–529.

Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness. Homeless Deaths in Los Angeles 2000-2007. Dying without dignity. (2007). Retrieved from

<http://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>

Lovell, A. M., Cook, J., & Velpry, L. (2008). [Violence towards people with severe mental disorders: a review

of the literature and of related concepts]. *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*, 56(3), 197–207.

Lovell, A. M., Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., & Lang, T. (2000). *Les troubles mentaux*, .

La decouverte.

Management of Medication-Related Cardiometabolic Risk in Patients with Severe Mental Illness. Lang DJ,

Barr AM, Procyshyn RM. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2013 Aug;7(4):283-287.

- McEvoy, J. P., Meyer, J. M., Goff, D. C., Nasrallah, H. A., Davis, S. M., Sullivan, L., ... Lieberman, J. A. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research*, *80*(1), 19–32.
- MDM. (2005). *Rapport d'activité 2005. Mission auprès des personnes sans abri. Marseille*. Médecin du monde.
- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., ... Potkin, S. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, *60*(1), 82–91.
- Morrison, D. S. (2009). Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, *38*(3), 877–883.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997a). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *349*(9063), 1436–1442.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997b). Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *349*(9061), 1269–1276.
- Newcomer, J. W., Haupt, D. W., Fucetola, R., Melson, A. K., Schweiger, J. A., Cooper, B. P., & Selke, G. (2002). Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *59*(4), 337–345.
- Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, *377*(9784), 2205–2214.
- Nordentoft, M., & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *327*(7406), 81.
- Norman, P., Boyle, P., Exeter, D., Feng, Z., & Popham, F. (2011). Rising premature mortality in the U.K.'s persistently deprived areas: only a Scottish phenomenon? *Social Science & Medicine* (1982), *73*(11), 1575–1584.

- Nyamathi, A. M., Leake, B., & Gelberg, L. (2000). Sheltered versus nonsheltered homeless women differences in health, behavior, victimization, and utilization of care. *Journal of General Internal Medicine, 15*(8), 565–572.
- OECD. (2011). *Education at a Glance : OECD indicators, OECD publishing*. Organisation de coopération et de développement économique.
- Osborn, D. P. J., Levy, G., Nazareth, I., Petersen, I., Islam, A., & King, M. B. (2007). Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 242–249.
- Osby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A., & Sparén, P. (2000a). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophrenia Research, 45*(1-2), 21–28.
- Osby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A., & Sparén, P. (2000b). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.), 321*(7259), 483–484.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 247–253.
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., Agard, C., Asseray, N., Billaud, E., Baron, D., & Lombrail, P. (2004). [Development of a tool for the identification of socially vulnerable hospital patients]. *Presse Médicale (Paris, France: 1983), 33*(11), 710–715.
- Rapport final conférence de consensus “Comment sortir de la rue”.pdf. (n.d.). Retrieved from http://www.territoires.gouv.fr/IMG/rapport_conf_consensus.pdf
- Ray, W. A., Meredith, S., Thapa, P. B., Meador, K. G., Hall, K., & Murray, K. T. (2001). Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Archives of General Psychiatry, 58*(12), 1161–1167.
- Rey, G., Jouglu, E., Fouillet, A., & Hémon, D. (2009). Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health, 9*, 33.
- Rey, G., lamarche-Vadel, A., & Jouglu, E. (2013). Comment mesure-t-on les causes de décès en France? - CépiDc-Inserm. *Questions de Santé Publique*.

- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 83–91.
- Rist, G. (1996). *Le développement: histoire d'une croyance occidentale*. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Romano, H. (2013, September). Suicide et conduite suicidaire : Repérage et perspectives de prise en charge. *Références En Santé Au Travail*.
- Roshanaei-Moghaddam, B., & Katon, W. (2009). Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(2), 147–156.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B., Boudreau, J.-F., & Boivin, J.-F. (2004). Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 569–574.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123–1131.
- Schmidt, L. M., Hesse, M., & Lykke, J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia--a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 228–233.
- Shaw, M., & Dorling, D. (1998). Mortality among street youth in the UK. *Lancet*, 352(9129), 743.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., ... Cohen, M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1873–1878.
- Sims, A. C. (2001). Mortality statistics in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179, 477–478.
- The World Factbook 51st edition. (2013). CIA.
- Tidemalm, D., Waern, M., Stefansson, C.-G., Elofsson, S., & Runeson, B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 4, 23.

- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A., & Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, *374*(9690), 620–627.
- Tiihonen, J., Wahlbeck, K., & Kiviniemi, V. (2009). The efficacy of lamotrigine in clozapine-resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *109*(1-3), 10–14.
- Tiihonen, J., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Klaukka, T., Ioannidis, J. P. A., Volavka, J., & Haukka, J. (2006). Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *333*(7561), 224.
- Van Laere, I., de Wit, M., & Klazinga, N. (2009). Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. *BMC Health Services Research*, *9*, 208.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *199*(6), 453–458.
- Weinmann, S., Aderhold, V., & Read, J. (2011). Antipsychotic medication and mortality: a clarification. *Schizophrenia Research*, *133*(1-3), 261; author reply 262–263.
- Weinmann, S., Read, J., & Aderhold, V. (2009). Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophrenia Research*, *113*(1), 1–11.
- WHO. (2008). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>.
- WHO | France. Retrieved February 24, 2013, from <http://www.who.int/gho/countries/fra/en/>
- Wilkinson, G., & Bacon, N. A. (1984). A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics. *Psychological Medicine*, *14*(4), 899–912.
- Yaouancq, française, lebère, alexandre, & marpsat, maryse. (2012). L'hébergement des sans-domicile en 2012. INSEE, INED.

VII. Annexes : Annexe 1 : Typologie 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.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS-ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		3.2 Logement provisoire	
		3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	
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 immigrés	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
	5.2 Hébergement pour travailleurs migrants		
6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales	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)	
	6.2 Institutions médicales (*)		
	6.3 Institutions pour enfants / homes		
7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
	7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri		
8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	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	
	8.2 Sans bail de (sous-)location		
	8.3 Occupation illégale d'un terrain		
9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
	9.2 Avis de saisie (propriétaire)		
10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente	
	11.2 Construction non conventionnelle		
	11.3 Habitat provisoire		
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.



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

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

FEANTSA Fédération Européenne d'Associations Nationales 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

Annexe 2 : score EPICE



Information · Prévention · Santé



Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie

EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES, réalisée en 2004 à partir des données 2002 des CES, a montré la

pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé,
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Références

Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Etienne : Cetaf, 2005.

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_precarite.pdf

Guéguen R, Sass C, the EPICES working group : Abric L, Romano-Girard F, Guenot C, La Rosa E, Magnier P, Martin E, Royer B, Rubirola M. In *The EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part1: setting up the score.* 2005

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/Epices_Sass_I.pdf

Sass C, Dupré C, Dauphinot V, Labbe E, Guéguen R, Gerbaud L, Moulin JJ. In *The EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part2: Evaluation in a population of 197 389 subjects.* 2005

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/Epices_Sass_II.pdf

Bihan H, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association between individual deprivation, glycemc control and diabetic complication - The EPICES score. *Diabetes Care* sous presse.

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

Annexe 3 : facteur de risque suicidaire

Rihmer Z, 1996.

1. Primary risk factors

- a. Psychiatric illness
 - affective disorder
 - depression
 - bipolar II > bipolar I ≥ unipolar
 - mania, hypomania
 - schizophrenia
 - substance abuse or dependence
 - personality disorder
 - borderline, antisocial
- b. Previous suicide attempt(s) or vulnerability for suicide indicated by family history of suicide
- c. Communication of suicide intent
- d. Low serotonergic activity

2. Secondary risk factors

- a. Early parental loss
- b. Isolation somatic and/or psychic
- c. Unemployment or major financial problems
- d. Severe negative life-events

3. Tertiary risk factors

- a. Male gender
- b. Adolescence (males), old age (females)
- c. Vulnerable intervals: spring, pre-menstrual period

Annexe 4 : Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique ou syndrome X est lié à l'insulino-résistance qui expose à un double risque, des complications cardiovasculaires fréquentes et un taux élevé d'apparition du diabète. Ce syndrome métabolique se définit par la présence de trois des cinq éléments suivants :

Obésité abdominale : tour de taille > 102 cm (homme) ou > 88 cm (femme) ;

HDL-cholestérol : < 0,40 g/L (1 mmol/L) chez l'homme et < 0,50 g/L (1,3mmol/L) chez la femme ;

Triglycérides > 1,5 g/L (1,7 mmol/L) ;

Pression artérielle > 130/85 mmHg ;

Glycémie à jeun > 1,10 g/L (6,1 mmol/L)

Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires Date de création du document 2011-2012.

Annexe 5 : Codes CIM10,Z59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Z59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Z59.0 Sans abri

Z59.1 Logement inadéquat : Insuffisance technique du domicile empêchant des soins corrects, manque de chauffage, de place. Voisinage non satisfaisant.

Z59.2 Désaccord avec les voisins, les locataires et le propriétaire

Z59.3 Difficulté liée à la vie en institution : Pensionnaire.

Z59.4 Alimentation défectueuse

Z59.5 Pauvreté extrême

Z59.6 Faibles revenus

Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants

Z59.8 Autres difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Logement isolé

Problèmes avec des prêteurs

Saisie d'hypothèque

Z59.9 Difficulté liée au logement et aux conditions économiques, sans précision

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.

