

Réduire l'itinérance chez les personnes âgées au Canada

Jillian Alston MD MScCH, Stefan Baral MD MPH, Aaron Orkin MD PhD, Sharon Straus MD MSc

■ *CMAJ* 2024 July 29;196:E918-22. doi : 10.1503/cmaj.231493-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 May 21;196:E662-5. doi : 10.1503/cmaj.231493

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231493; voir l'éditorial connexe ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240649-f

De nombreuses personnes âgées au Canada vivent en situation d'itinérance, mais les refuges et les centres d'hébergement temporaire actuels ne sont pas conçus pour répondre aux besoins de ces personnes, ou n'ont pas les ressources pour le faire. Nous discuterons de l'ampleur de cet enjeu de santé publique et social grandissant, décrirons les besoins de soins de santé et de services sociaux des personnes âgées en situation d'itinérance et proposerons des solutions.

Combien de personnes âgées vivent en situation d'itinérance?

Les personnes qui vivent en situation d'itinérance sont considérées comme « âgées » à partir de 50 ans, car le vieillissement phénotypique de cette population survient à un plus jeune âge¹. Selon l'Étude nationale sur les refuges, menée au Canada, on estime que le pourcentage des personnes résidant dans un refuge qui sont des adultes âgés de 50 ans et plus est passé de 13,5 % ($n = 19\,179$) en 2005 à 24,2 % ($n = 33\,011$) en 2014, et que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus a doublé, passant de 1,6 % ($n = 2\,244$) à 3,2 % ($n = 4\,332$)². Les personnes âgées de plus de 50 ans sont le seul groupe à avoir connu une augmentation de l'utilisation des refuges durant cette période³. En 2021, 32 % des personnes hébergées en refuge avaient 50 ans ou plus⁴. Ces statistiques ne comprennent pas les nombreuses autres personnes âgées sans abri, vivant à l'extérieur ou en situation d'itinérance cachée — qui ont recours à des accommodements provisoires comme l'hébergement temporaire chez des amis ou des membres de la famille².

Qu'est-ce qui fait augmenter le risque d'itinérance chez les personnes âgées?

Certaines personnes âgées en situation d'itinérance l'ont été plus tôt dans leur vie, alors que d'autres vivent cette situation pour la première fois à un âge avancé. Les personnes qui ont vécu un premier épisode d'itinérance avant l'âge de 50 ans sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'expériences négatives, comme

Points clés

- Les personnes en situation d'itinérance développent des syndromes gériatriques et des troubles de santé qui arrivent généralement avec le vieillissement, comme des déficiences cognitives ou fonctionnelles, à un plus jeune âge que leurs homologues qui n'ont pas vécu d'itinérance.
- La proportion des personnes de 50 ans ou plus ayant recours à des refuges est en hausse, mais la plupart des refuges au Canada ne possèdent pas des installations et des ressources adéquates pour répondre à leurs besoins.
- Les personnes âgées en situation d'itinérance, qui ont souvent vécu de l'injustice et des traumatismes, nécessitent des approches individualisées et intégrées pour combler leurs besoins; pour que ces approches soient efficaces, la collaboration entre les secteurs de la santé, des soins de longue durée, de la santé publique, du logement et d'autres organismes communautaires est essentielle.

des traumatismes, de mauvais traitements, des difficultés à atteindre les objectifs de vie typiques (p. ex., obtenir un emploi stable, être dans une relation durable ou réussir ses études secondaires), ou encore des problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives⁵. Certains facteurs liés à l'âge peuvent mener à vivre de l'itinérance pour une première fois à un âge avancé, notamment des problèmes de santé physique, des changements relationnels (p. ex., fin d'une relation de cohabitation, décès d'un membre de la famille), et le fait de toucher un revenu fixe et de composer avec une baisse de revenu en raison d'un départ à la retraite ou de la perte d'un emploi⁶. Cependant, des recherches qualitatives et des études d'observation menées durant les 2 dernières décennies dans plusieurs pays montrent que les revenus insuffisants et les pénuries de logements abordables ou adaptés sont les principaux moteurs de l'augmentation de l'itinérance chez les personnes âgées^{6,7}.

Des entrevues approfondies ont révélé que l'interrelation entre les désavantages vécus à toutes les étapes de la vie contribue à l'itinérance et perpétue les disparités en matière de santé plus tard dans la vie^{5,6}. Les désavantages économiques

vécus plus tôt dans la vie contribuent à l'atteinte d'un revenu plus bas et à des réserves financières moindres à un âge plus avancé, ce qui peut amplifier les conséquences du coût élevé de la vie et du manque de logements^{6,7}. Par ailleurs, les personnes âgées noires sont surreprésentées dans les refuges par rapport à leurs homologues blancs, ce qui démontre à quel point le racisme flagrant et structurel affecte le revenu, l'emploi et d'autres possibilités⁸. Les différences de genre en ce qui a trait au revenu et aux cheminements de carrière contribuent aussi à ce qu'une plus grande proportion de femmes que d'hommes aient des besoins de logement de base (respectivement 21% et 9%)⁹.

Les problèmes de santé complexes qui apparaissent généralement avec le vieillissement — comme la démence, la fragilité et le risque de chutes, ainsi que les maladies chroniques — contribuent également au risque d'itinérance¹⁰. Il est plus difficile pour des personnes atteintes de démence ou d'autres troubles cognitifs de s'orienter dans les systèmes de santé, de services sociaux et de logement, particulièrement dans un contexte de détérioration des relations personnelles ou des liens sociaux⁶. Les retards dans le paiement du loyer et l'accumulation pathologique due à une déficience cognitive peuvent mener à une éviction¹¹. Enfin, la pénurie d'options de logement et de services de santé et sociaux appropriés pour aider les personnes âgées à vieillir chez elles ainsi que le manque de places dans les établissements de soins de longue durée (SLD) font augmenter le risque d'itinérance chez ces personnes¹⁰.

Comment les personnes âgées vivent-elles l'itinérance?

Les données semblent indiquer que les personnes en situation d'itinérance développent des manifestations d'âge avancé et sont considérées comme des « aînés » à un plus jeune âge que les personnes domiciliées. Des entrevues de suivi avec des personnes participantes recrutées dans une vaste cohorte de personnes d'âge moyen en situation d'itinérance dans un centre urbain des États-Unis ont permis de constater que les personnes âgées en situation d'itinérance (âge médian de 58 ans) présentaient des syndromes gériatriques à des taux plus élevés que leurs homologues domiciliés (âge médian de 79 ans), dont des déficiences cognitives (25,8% c. 12,0%), des difficultés à accomplir des activités de la vie quotidienne (38,9% c. 22,6%), des déficiences visuelles (45,1% c. 13,8%) et de l'incontinence urinaire (48,0% c. 41,1%)¹. Une revue systématique a conclu que la prévalence moyenne de déficience cognitive était de 25,4% chez les personnes en situation d'itinérance (âge moyen de 46 ans), une incidence 5–8 fois plus élevée que ce qu'on observe en moyenne chez les adultes âgés de 70 ans ou plus¹².

Une vaste étude de cohorte a montré que le fardeau des maladies chroniques — maladies cardiovasculaires, troubles de santé mentale diagnostiqués, problèmes de dépendance à l'alcool, au tabac, et aux substances illégales, etc. — était plus élevé chez les personnes âgées en situation d'itinérance que chez leurs homologues domiciliés⁵. De plus, le risque de décès prématuré était 3,5 fois plus élevé chez les personnes en situation d'itinérance, particulièrement chez les personnes âgées vivant un épisode d'itinérance pour la première fois de leur vie,

possiblement en raison d'une maladie aiguë, de l'aggravation d'une maladie chronique ou en raison d'un déficit de résilience par rapport aux personnes qui ont déjà été dans cette situation plus tôt dans leur vie, ou encore pour toutes ces raisons¹³.

Il arrive que les personnes en situation d'itinérance aient besoin d'une hospitalisation prolongée¹⁴. Lorsqu'elles n'ont plus besoin de soins médicaux immédiats, elles se retrouvent souvent dans un environnement, comme un refuge, où il n'est pas possible de répondre à leurs besoins complexes (p. ex., certains refuges exigent que les personnes résidentes quittent les lieux durant la journée)¹⁴. Les personnes âgées vivant dans un refuge sont plus susceptibles que leurs homologues plus jeunes de vivre des événements indésirables comme une chute ou une hospitalisation, ou d'être victimes d'un acte criminel⁷.

Comment venir en aide aux personnes âgées présentant un risque d'itinérance?

Une ligne directrice de pratique clinique canadienne récente suggère que les soins aux personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance devraient être adaptés au genre, à l'âge, aux origines autochtones, à l'ethnicité et à l'historique de traumatismes de la personne¹⁵. Même si peu d'études ont évalué des stratégies de prévention d'un premier épisode d'itinérance chez les personnes âgées, les vulnérabilités liées à l'âge devraient orienter les interventions potentielles.

Soutien social et médical

Pour prévenir l'itinérance, les stratégies devraient se concentrer sur la mise en évidence et l'offre d'interventions s'adressant aux personnes âgées les plus vulnérables. Les personnes responsables de la coordination de services peuvent utiliser les listes d'attente de logements supervisés afin de repérer les personnes âgées les plus susceptibles de perdre leur logement actuel et de coordonner des ressources pour les aider¹⁶. Les programmes de suivi d'occupation des logements peuvent cibler les personnes âgées qui ont souvent du mal à payer leur loyer et en déterminer les causes, par exemple une déficience cognitive ou des revenus insuffisants, et effectuer une intervention. Des subventions peuvent aider les personnes âgées à revenu fixe à payer leur loyer ou leur hypothèque pour qu'elles n'aient pas à renoncer à leurs besoins de base comme l'alimentation ou à perdre leur domicile¹⁶. D'autres stratégies de prévention ont été suggérées par les personnes âgées et les fournisseurs de services, notamment de remédier à l'isolement (p. ex., aller vivre avec un membre de la famille ou avec des colocataires), de réduire l'insécurité alimentaire, d'offrir du soutien à domicile pour les activités de la vie quotidienne, d'offrir du transport, ainsi que de fournir de l'aide pour les changements à apporter au domicile¹⁷.

Les personnes âgées en situation d'itinérance méritent des politiques d'hébergement et des stratégies gouvernementales qui prennent en compte leurs besoins en matière de soins, ainsi que des refuges adaptés à l'âge avec des environnements physiques adéquats, un effectif approprié et un accès aux services médicaux nécessaires^{7,16}. Les personnes âgées en situation d'itinérance peuvent avoir subi des épisodes majeurs de marginalisation, de

déshumanisation et de violence structurelle. C'est pourquoi les modèles de soins devraient placer la confiance, l'établissement de liens et la sécurité personnelle au centre de la pratique¹⁸. Les approches tenant compte des traumatismes sont cruciales pour prendre soin des personnes qui ont subi de mauvais traitements ou d'autres expériences de vie négatives¹⁵.

La Ligne directrice de pratique clinique canadienne pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance recommandent la gestion de cas et l'accès à des soins primaires complets¹⁵. Même si les revues systématiques existantes ne s'intéressent pas expressément aux personnes âgées en situation d'itinérance, ces recommandations demeurent vraisemblablement appropriées. Les soins primaires, la médecine gériatrique et les services psychiatriques fournis dans les refuges peuvent permettre de détecter des troubles de santé mentale non diagnostiqués et des cas de démence chez les personnes âgées en situation d'itinérance. Des services gériatriques spécialisés et faciles d'accès peuvent améliorer les soins aux personnes âgées en situation d'itinérance vivant dans un refuge.

Nous avons élaboré et mis en œuvre un programme de sensibilisation aux réalités des personnes âgées vivant dans 2 refuges du centre-ville de Toronto, dans le cadre duquel des gériatres offrent des évaluations complètes et du personnel-conseil en gériatrie aide à mettre en œuvre des plans, à orienter les personnes résidentes vers des ressources, à former ces dernières et le personnel et à assurer la liaison entre les gériatres, le personnel du refuge et les membres de l'équipe de soins de santé, y compris les prestataires de soins primaires. Une évaluation préliminaire du programme effectuée avec la participation du personnel du refuge et des prestataires de soins de santé a conclu que le programme aidait à repérer les problèmes non diagnostiqués ou sous-traités et à optimiser les soins pour les personnes âgées en situation d'itinérance, facilitait les transitions de soins et renforçait les capacités du personnel clinicien et du site. Les personnes répondantes ont déclaré que la présence de personnel-conseil en communications ayant une formation et de l'expérience spécialisées en gériatrie était essentielle¹⁹.

Logement

Le logement est une intervention de santé importante pour aider les personnes âgées en situation d'itinérance. Les personnes âgées ayant précédemment vécu un épisode d'itinérance qui ont ensuite trouvé un domicile présentent un taux de mortalité plus faible que leurs homologues qui sont demeurés sans abri ou qui ont été placés en établissement¹³. Toutefois, l'itinérance chez les personnes âgées peut devenir cyclique si ces personnes ne sont pas appuyées par des programmes qui accroissent leurs chances de relogement²⁰. Les interventions relatives au logement doivent fournir un soutien additionnel aux personnes à mobilité réduite, en déclin fonctionnel ou présentant une déficience cognitive¹⁰.

Pour les personnes âgées en situation d'itinérance, il est nécessaire et urgent de concevoir des modèles de logement qui sont favorables au vieillissement dans un environnement approprié et d'en étendre la portée¹⁰. Ces modèles devraient promouvoir des soins centrés sur la personne, qui intègrent les soins de santé mentale et physique au soutien au logement et au soutien social¹⁰. Un tel pro-

gramme devrait offrir sur place des services de gestion de cas ou d'orientation dans le système de santé, de réduction des préjudices et de soutien à la dépendance aux substances psychoactives et d'aide aux activités quotidiennes qui encourage aussi les aptitudes à la vie quotidienne et l'autonomie; il devrait aussi comprendre des programmes sociaux et de loisirs, la création de relations et d'un sentiment d'appartenance communautaire, des espaces physiques adaptables, et du personnel disponible et motivé à prendre soin des personnes âgées¹⁰. Canham et ses collègues¹⁰ ont déterminé et catégorisé des modèles de refuges ou de logements pour les personnes âgées en situation d'itinérance selon le niveau de soutien requis et la durée prévue du séjour. Ces modèles comportaient des mesures d'hébergement ou d'aide au logement d'urgence, de transition ou temporaires — comme des logements supervisés permanents, des établissements de SLD et des établissements de soins palliatifs ou de soins de fin de vie.

Le logement supervisé permanent est un modèle prometteur pour les personnes âgées en situation d'itinérance, puisqu'il fournit un logement subventionné et permanent et des services de soutien sur place ou à proximité pour les personnes qui n'ont pas besoin de soins supervisés en continu¹⁰. À Ottawa, l'établissement The Oaks offre des services de réduction des préjudices en logements supervisés permanents dans un environnement adaptable aux besoins des personnes résidentes au fil du vieillissement²¹. La résidence offre également un programme médicalement réglementé d'alcool contrôlé, des services médicaux et de santé mentale sur place, des services de gestion de cas, de l'aide aux soins personnels, des activités planifiées, des repas et des formations aux aptitudes de la vie quotidienne. À San Francisco, un immeuble de logements permanents supervisés — adaptés aux personnes âgées ayant déjà été en situation d'itinérance — offre des services sur place de gestion de cas, de l'aide avec les activités de la vie quotidienne ainsi qu'un programme de santé pour adultes qui offre des activités et des occasions de socialisation, des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie et des repas. Une évaluation a montré une réduction des dépenses en soins hospitaliers après la relocalisation de services dans ce bâtiment²². Certaines personnes âgées ayant déjà été en situation d'itinérance qui avaient emménagé au départ dans des installations de soins infirmiers, similaires à des établissements de SLD au Canada, ont pu retrouver une meilleure autonomie en logement supervisé permanent. Le Program for All-inclusive Care for the Elderly (programme d'intégration des services pour les personnes âgées [PACE]) intègre la santé mentale et les services sociaux au logement supervisé pour les personnes âgées à faible revenu. Même si ce programme n'est pas exclusivement destiné aux personnes âgées ayant précédemment été en situation d'itinérance, le modèle pourrait contribuer à réduire le nombre d'hospitalisations et la durée des séjours²³.

De quelle façon les soins de longue durée devraient-ils être adaptés pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance?

Les établissements de SLD peuvent être l'environnement le plus approprié pour certaines personnes âgées en situation

d'itinérance qui ont besoin de soins supervisés en continu et de plus hauts niveaux de soutien pour les activités quotidiennes que ce qu'elles recevraient en logement supervisé¹⁰. Au Canada, les établissements de SLD manquent de place et ont de longues listes d'attente. Toutefois, pour les personnes âgées en situation d'itinérance, l'accès à un établissement de SLD peut être disproportionnellement difficile puisqu'elles n'ont pas d'adresse fixe, n'ont pas de prestataire de soins de santé attiré pour remplir et mettre à jour les évaluations de santé requises et n'ont pas de canaux de communication établis avec des personnes responsables de la coordination à l'admission des établissements de SLD, ce qui freine l'évaluation^{1,10,20}. Elles sont également moins susceptibles d'avoir une ou un partenaire ou une personne aidante stable pour les aider dans le processus d'admission à un établissement de SLD¹. Puisque la plupart des établissements de SLD n'acceptent pas l'usage de substances psychoactives et n'ont pas recours à des approches de réduction des préjudices, la plupart d'entre eux refusent l'admission aux personnes âgées en situation d'itinérance qui consomment de telles substances¹⁰. La crainte que d'autres personnes résidentes de l'établissement subissent des préjudices à la suite d'une exposition à des personnes ayant déjà été en situation d'itinérance peut également mener au rejet de la demande.

L'accès équitable aux établissements de SLD pour les personnes âgées en situation d'itinérance devra passer par la reconception des processus d'évaluation et d'admission, dont les admissions directes dans un établissement de SLD à partir d'hôpitaux. Le renforcement des capacités dans les établissements de SLD et la mise en place de nouveaux modèles de soins créés conjointement avec des personnes âgées en situation d'itinérance seront nécessaires, particulièrement pour ce qui est de la prestation de soins tenant compte des traumatismes, de l'adaptation aux personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de l'adoption d'approches de réduction des préjudices et de l'ajout de programmes d'alcool contrôlé dans les établissements de SLD²⁴. L'admission dans un établissement de SLD ne devrait pas dépendre de la capacité à payer.

Un modèle d'établissement de SLD construit à cette fin en Australie sert les adultes susceptibles de se retrouver en situation d'itinérance; il comporte diverses sections destinées à différents groupes de personnes, dont une section pour les femmes et une section pour les personnes présentant de plus grands besoins physiques ou cognitifs²⁵. Ce modèle donne la priorité à l'établissement d'un lien de confiance et adopte une perspective qui tient compte des traumatismes. Dans une étude de cas, les personnes participantes (âge médian de 76 ans) ont connu une amélioration significative de leur score de bien-être personnel et une amélioration de leur qualité de vie sur le plan de la santé; l'utilisation de ce modèle a également permis des économies d'argent, principalement en raison de la réduction du nombre d'hospitalisations²⁵. Lorsque de tels modèles seront créés et mis en œuvre au Canada, leur efficacité et leur coût devront être évalués.

Conclusion

La prestation de soins à une population croissante de personnes âgées en situation d'itinérance au Canada nécessitera une col-

laboration entre les secteurs de la santé, des SLD, de la santé publique, du logement et d'autres organismes communautaires. Sans mesures urgentes, les personnes âgées en situation d'itinérance demeureront marginalisées, continueront à vieillir prématurément et à présenter un risque accru de détérioration de leur état ou de décès dans les refuges ou d'autres sites d'hébergement temporaire qui ne sont ni outillés ni conçus pour répondre à leurs besoins.

Références

1. Brown RT, Hemati K, Riley ED, et al. Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *Gerontologist* 2017;57:757-66.
2. *The National Shelter Study 2005–2014: emergency shelter use in Canada*. Gatineau (QC): Employment and Social Development Canada; 2017:1-45. Accessible ici : https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/edsc-esdc/Em12-17-2017-eng.pdf (consulté le 18 févr. 2024).
3. Gaetz S, Dej E, Richter T, et al. *The state of homelessness in Canada 2016*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016:1-85. Accessible ici : <https://www.homelesshub.ca/SOHC2016> (consulté le 9 avr. 2023).
4. Dionne M-A, Laporte C, Loepky J, et al. *A review of Canadian homelessness data, 2023*. Cat. no. 75F0002M. Ottawa: Statistics Canada; 2023:1-30. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75f0002m/75f0002m2023004-eng.pdf?st=M6-c6FSx> (consulté le 18 févr. 2024).
5. Brown RT, Goodman L, Guzman D, et al. Pathways to homelessness among older homeless adults: results from the HOPE HOME Study. *PLoS One* 2016;11:e0155065. doi : 10.1371/journal.pone.0155065.
6. Crane M, Byrne K, Fu R, et al. The causes of homelessness in later life: findings from a 3-nation study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60:S152-9.
7. Genier A. *Late-life homelessness: experiences of disadvantage and unequal aging*. Montréal: McGill-Queen's University Press; 2022:1-352.
8. Paul DW, Knight KR, Olsen P, et al. Racial discrimination in the life course of older adults experiencing homelessness: results from the HOPE HOME study. *J Soc Distress Homeless* 2020;29:184-93.
9. Prentice J, Simonova E. Housing conditions of female-led households. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2019. Accessible ici : https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/schl-cmhc/nh70-1/NH70-1-4-2019-eng.pdf (consulté le 18 févr. 2024).
10. Canham SL, Humphries J, Moore P, et al. Shelter/housing options, supports and interventions for older people experiencing homelessness. *Ageing Soc* 2022;42:2615-41.
11. Stone B, Dowling S, Cameron A. Cognitive impairment and homelessness: a scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27:e125-42.
12. Depp CA, Vella L, Orff HJ, et al. A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:126-31.
13. Brown RT, Evans JL, Valle K, et al. Factors associated with mortality among homeless older adults in California: the HOPE HOME Study. *JAMA Intern Med* 2022;182:1052-60.
14. Jenkinson JIR, Strike C, Hwang SW, et al. Nowhere to go: exploring the social and economic influences on discharging people experiencing homelessness to appropriate destinations in Toronto, Canada. *Can J Public Health* 2021;112:992-1001.
15. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, et al. Clinical guideline for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ* 2020;192:E240-54.
16. Senior homelessness: a needs assessment. San Diego: Serving Seniors. Accessible ici : <https://servingseniors.org/news-events/senior-homelessness-a-needs-assessment.html> (consulté le 31 mars 2024).
17. *2022 aging and disability affordable housing needs assessment report*. San Francisco: San Francisco Human Services Agency; 2022:1-106.
18. Magwood O, Leki VY, Kpade V, et al. Common trust and personal safety issues: a systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS One* 2019;14:e0226306. doi : 10.1371/journal.pone.0226306.
19. Alston J, Garad Y, Campbell A, et al. Evaluating a geriatric outreach program for older persons experiencing homelessness [abstract]. *Can Geriatr J* 2023;26:301.
20. Om P, Whitehead L, Vafeas C, et al. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. *BMC Geriatr* 2022;22:363.
21. The Oaks. Ottawa: Shepherds of Good Hope. Accessible ici : <https://www.sghottawa.com/the-oaks/> (consulté le 16 févr. 2024).
22. Bamberger JD, Dobbins SK. A research note: long-term effectiveness of placing homeless seniors in permanent supportive housing. *Citiescape (Wash, DC)* 2015;17:269-78.

23. Segelman M, Szydłowski J, Kinosian B, et al. Hospitalizations in the program of all-inclusive care for the elderly. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:320-4.
24. Overview of Managed Alcohol Program (MAP) sites in Canada. Victoria: Canadian Institute for Substance Use Research; 2022:1-13. Accessible ici : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/resource-overview-of-MAP-sites-in-Canada.pdf> (consulté le 31 mars 2024).
25. O'Connor CMC, Poulos RG, Sharma A, et al. An Australian aged care home for people subject to homelessness: health, wellbeing and cost-benefit. *BMC Geriatr* 2023;23:253.

Intérêts concurrents : Jillian Alston déclare avoir reçu du financement des Instituts de recherche en santé du Canada. Stefan Baral a reçu des fonds du groupe Inner City Health Associates. Aaron Orkin reçoit des fonds du Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et de l'École de santé publique Dalla Lana indépendamment de cette étude. Sharon Straus est titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur l'application des connaissances de niveau 1. La Fondation de la famille Slaight fournit du financement à l'initiative de sensibilisation aux refuges gériatriques et à l'évaluation du programme mentionnées dans ce texte; Jillian Alston et Sharon Straus participent à cette initiative. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Division de médecine gériatrique (Alston, Straus), Hôpital St. Michael; Département de médecine (Alston), Université de Toronto; Programme d'application des connaissances (Baral), Institut du savoir Li Ka Shing, Réseau catholique de soins de santé Unity Health de Toronto, Toronto, Ont.; Département d'épidémiologie (Baral, Straus), École de santé publique Johns Hopkins, Baltimore, Md.; Département de médecine d'urgence (Orkin), Centre de santé Saint-Joseph, Réseau catholique de soins de santé de Toronto; Santé publique Ontario et École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto, Toronto, Ont.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué de façon importante à la conception du manuscrit, Jillian Alston en étant la rédactrice principale. Tous les auteurs ont apporté leur contribution unique à la rédaction du manuscrit, en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée, et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Déclaration d'intérêts : Sharon Straus siège au Conseil de gouvernance du *JAMC* et n'a pas participé au processus décisionnel éditorial de cet article.

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Jillian Alston, jillian.alston@unityhealth.to