

Le recours aux services de santé, sociaux et communautaires par les personnes itinérantes de la région de Moncton

Sarah Pakzad
Université de Moncton

Saïd Bergheul
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Jalila Jbilou, Jimmy Bourque, Julie Ringuette, Lise Gallant et Paul-Émile Bourque
Université de Moncton

RÉSUMÉ

Cette étude utilise le modèle de Gelberg-Andersen afin de cerner les caractéristiques des personnes itinérantes de la région de Moncton ayant recours aux services de santé, sociaux et communautaires. Les 194 participants et participantes ont été recrutés dans le cadre du projet At Home / Chez Soi. Ceux et celles souffrant d'un état de stress post-traumatique ont moins eu recours aux services hospitaliers ambulatoires que ceux et celles présentant un autre diagnostic. Les femmes utilisent davantage les services sociaux et communautaires. Nos résultats amènent un éclairage sur la nécessité d'adapter les pratiques et les services de santé, sociaux et communautaires aux besoins et conditions de vie des personnes itinérantes.

Mots clés : itinérance, recours aux services de santé, santé mentale, santé physique

Sarah Pakzad, Professeure, École de psychologie, Université de Moncton; Saïd Bergheul, Professeur, Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; Jalila Jbilou, Professeure, École de psychologie, Université de Moncton; Jimmy Bourque, Professeur, Centre de recherche et de développement en éducation (CRDE), Université de Moncton; Julie Ringuette, étudiante en doctorat, Université de Moncton; Lise Gallant, étudiante en maîtrise, Université de Moncton; Paul-Émile Bourque, Professeur et doyen de la faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton.

Nous remercions Jayne Barker (2008–11), Cameron Keller (2011–12), et Catherine Hume (2012–présent), directrices et directeur nationales du projet At Home / Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, ainsi que Dr. Paula Goering, directrice nationale de la recherche pour le projet, l'équipe nationale de la recherche, les cinq équipes de chercheurs des sites, les coordonnateurs de site, et les nombreux fournisseurs de services et de logements, et les personnes ayant vécu des expériences qui ont contribué à ce projet et la recherche. Cette recherche a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada à la Commission de la santé mentale du Canada. La Commission de la santé mentale du Canada a géré le développement et l'implantation de l'étude et a fourni la formation et le soutien technique aux équipes d'intervenants et d'intervenantes et aux équipes de chercheurs impliquées dans le projet. Les opinions exprimées représentent uniquement celles des auteurs.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Sarah Pakzad, Professeure, École de psychologie, Université de Moncton, Pavillon Léopold-Taillon, 18, avenue Antonine-Maillet, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1A 3E9. Tél : 506-858-4245. Téléc : 506-858-4768. Courriel : sarah.pakzad@umoncton.ca

ABSTRACT

This study uses the Gelberg-Andersen model to identify the characteristics of homeless people in the Moncton region who use health, social, and community services. One hundred and ninety-four participants took part in this study in the context of the At Home / Chez Soi project. Homeless people struggling with post-traumatic stress are less likely to use ambulatory hospital services than those with other diagnosed mental health disorders. Women are more likely to use social and community services. Our results shed light on the necessity of adapting practices and health, social and community services to the needs and living conditions of homeless people.

Keywords: homelessness, use of health services, mental health, physical health

Bien que la définition de l'itinérance ne fasse pas consensus (Frankish, Hwang et Quantz, 2005), elle désigne habituellement les individus qui se retrouvent sans un abri physique et qui dorment dans la rue ou dans des refuges ou qui vivent dans un logement ne répondant pas aux critères de base en matière de santé et de sécurité (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). L'itinérance est un problème de santé publique, en particulier en raison de la prévalence grandissante des troubles psychiatriques, somatiques et physiques, augmentant ainsi de façon subséquente le taux de mortalité chez cette population à risque (Forchuk, Brown, Schofield et Jensen, 2008). Les facteurs reliés à la santé physique et mentale des personnes itinérantes peuvent être à la fois envisagés comme prédisposant à l'itinérance ou comme conséquence à celle-ci. La présente étude a pour objectif d'examiner les déterminants associés au recours aux services de santé, sociaux et communautaires par les personnes itinérantes de la région de Moncton, recrutées dans le cadre du projet national At Home / Chez Soi déployé dans cinq villes canadiennes : Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver.

Il est bien établi dans les écrits scientifiques et en clinique que les problèmes de santé physique et les troubles mentaux, en particulier la dépression, peuvent jouer un rôle important dans la vie d'un individu en l'amenant à se négliger et à se désintéresser de sa santé et de son mieux-être (Nelson, 2010). On peut aussi constater que les facteurs sociaux, tels que la perte d'un emploi ou la rupture des relations familiales, peuvent accentuer le risque d'itinérance de ces personnes déjà psychologiquement fragiles (Frankish *et al.*, 2005). De plus, une fois dans la rue, les caractéristiques économiques, environnementales, sociales et de santé générale placent les personnes itinérantes à un plus haut risque de contracter certaines maladies et d'être exposées à certains problèmes de santé comme l'usage de drogues, les blessures non intentionnelles ou les infections chroniques telles le VIH/SIDA (Forchuk *et al.*, 2008; Raoult, Foucault et Brouqui, 2001; Wiecha, Dwyer et Dunn-Strohecker, 1991; Zlotnick, Zerger et Wolfe, 2013). La présence de ces problèmes de santé influe sur le recours aux services de santé et réduit l'accès aux soins et à la prise en charge, notamment en ce qui a trait aux maladies chroniques (Stein, Andersen, Koegel et Gelberg, 2000).

Santé physique, services de soins et itinérance

La préoccupation manifestée à l'égard de la santé physique des personnes itinérantes au Canada et ailleurs dans le monde est très importante—d'une part, du point de vue des systèmes de santé et des services cliniques et, d'autre part, d'un point de vue social (Chambers *et al.*, 2013; Che et Bitar, 2006). En effet, il a

été démontré que les personnes itinérantes sont fréquemment hospitalisées et ont souvent recours aux services hospitaliers ambulatoires (SHA) (Stein, Andersen *et al.*, 2000). Par ailleurs, des recherches ont confirmé que la présence de maladies chroniques est fortement corrélée avec l'état de santé perçu et que la détresse psychologique est un fort prédicteur de la perception de l'état de santé parmi les personnes itinérantes vivant ou connaissant des épisodes dépressifs prolongés (Ropers et Boyer, 1987; Wagner *et al.*, 2013). Dans une étude cas-témoin réalisée en Autriche, des analyses de régression logistique conditionnelle ont démontré que, comparativement au groupe témoin, les personnes itinérantes ont présenté plus de maladies chroniques et consultaient davantage le médecin généraliste sur une période de 28 jours (Wagner *et al.*, 2013).

Une étude réalisée auprès de femmes itinérantes aux États-Unis a montré que celles-ci présentaient un taux de recours aux services de santé plus élevé que les hommes itinérants (Lim, Andersen, Leake, Cunningham et Gelberg, 2002). Sur l'ensemble des femmes itinérantes qui ont participé à l'étude, 30 % ont rapporté avoir été hospitalisées durant les 12 derniers mois. D'ailleurs, Frankish *et al.* (2005) notent que des facteurs de risque associés à l'itinérance, tels que la pauvreté et l'abus de substances, sont des facteurs déterminants de l'état de santé des personnes itinérantes.

Troubles mentaux, services de soins et itinérance

Les troubles psychiatriques sont souvent mentionnés dans les écrits comme étant très présents chez les individus vivant en contexte d'itinérance (Goering, Tolomiczenko, Sheldon, Boydell et Wasylenki, 2002; Kuno, Rothbard, Averyt et Culhane, 2000; Smith et Sederer, 2009). Toutefois, la compréhension des liens et des mécanismes de causalité fait encore l'objet de discussions et de débats parmi de nombreux scientifiques (Forchuk, Russell, Kingston-Macclure, Turner et Dill, 2006). Smith et Sederer (2009) rapportent que les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus à risque de se retrouver en situation d'itinérance. Par ailleurs, Burt (2001) signale qu'environ 75 % des personnes itinérantes américaines de régions urbaines et rurales souffrent d'un trouble mental ou d'un trouble d'abus de substances. Plus précisément, 12,7 % des personnes itinérantes seraient atteintes de troubles psychotiques, 11,4 % d'un trouble de dépression majeure, 23,1 % d'un trouble de la personnalité, 37,9 % d'une dépendance à l'alcool et 24,4 % d'une dépendance à une drogue (Fazel, Khosla, Doll et Geddes, 2008).

Les personnes itinérantes présentent des taux élevés de symptômes reliés à un trouble mental, d'idéations suicidaires ou de tentatives de suicide, comparativement à la population en général (Khandor et Mason, 2007). Les recherches démontrent que plus les symptômes psychiatriques sont importants plus l'impact négatif de la maladie mentale sur l'intégration sociale se fait sentir (Gulcur, Tsemberis, Stefancic et Greenwood, 2007). En revanche, un séjour en psychiatrie ainsi que la participation à un traitement pour abus de substances sont considérés comme des services qui facilitent la réintégration des personnes itinérantes dans la communauté (Gulcur *et al.*, 2007). Toutefois, les recherches indiquent que les adultes itinérants atteints de troubles mentaux sous-utilisent généralement les services de santé mentale ou de santé physique préventifs (Hahm et Segal, 2005; Lewis, Andersen et Gelberg, 2003).

Cette sous-utilisation s'explique en partie par le fait que les personnes itinérantes ayant une moins bonne santé mentale sont plus susceptibles de citer la peur ou encore la stigmatisation comme raison de ne pas vouloir recourir aux services de soins pour troubles mentaux (Kim *et al.*, 2007). Cependant, il existe peu de données sur les obstacles réels à l'accès aux soins de santé mentale par les personnes itinérantes (Kim *et al.*,

2007; Rosenheck et Lam, 1997). En outre, les dépendances à l'alcool ou aux drogues peuvent avoir des conséquences délétères, dont la perte d'emploi et la perte de soutien familial ainsi qu'un fonctionnement global plus faible, ce qui favorise le passage à l'itinérance (Booth, Sullivan, Koegel et Burnam, 2002).

Modèle de recours aux soins de santé

Parmi les modèles de recours aux soins de santé, le Modèle comportemental pour populations vulnérables (MCPV) de Gelberg-Andersen (Gelberg, Andersen et Leake, 2000) est particulièrement approprié dans les études réalisées auprès des personnes itinérantes. En effet, le MCPV postule qu'il y a trois types de facteurs qui ont un effet direct sur le recours aux services : les variables qui prédisposent, celles qui facilitent et les besoins en matière de soins. Stein, Andersen *et al.* (2000) ont mis le modèle à l'épreuve en utilisant le recours aux services hospitaliers et aux SHA. Dans ce cas, les problèmes de santé, la toxicomanie, le faible niveau de soutien communautaire et le faible niveau éducationnel prédisent l'hospitalisation. Pour leur part, les problèmes de santé, le fait d'être une femme, le fait d'avoir une source de soutien communautaire et un faible niveau de problèmes de toxicomanie prédisent le recours à un cabinet de médecin.

Dans ce modèle sont intégrées les vulnérabilités des personnes itinérantes, telles que l'abus de substances, l'instabilité du logement et l'insécurité alimentaire (Kushel, Gupta, Gee et Haas, 2006). De plus, les facteurs sociaux, individuels et organisationnels influent sur le recours aux services de santé, sociaux et communautaires. Plus précisément, une séquence causale dans ce modèle ordonne les effets des variables individuelles sur les composantes des services de santé, sociaux et communautaires. Dans le MCPV, les variables qui prédisposent au recours aux services peuvent concerner deux domaines majeurs : les domaines prédisposant traditionnels (ex. : l'âge, le sexe, l'attitude envers les services de santé, la scolarité, le réseau social et l'emploi) et les domaines prédisposant de vulnérabilité (ex. : l'abus de substances, les troubles mentaux, la mobilité et le passé criminel) (Gelberg *et al.*, 2000). Ces variables sont suivies par les variables facilitantes, soit l'accessibilité aux services de santé formels et aux services sociaux et communautaires. Ensuite viennent les variables des besoins de soins, dont le nombre de maladies chroniques et la perception de l'état de santé.

Il faut préciser que le MCPV a également été testé dans l'étude de Stein, Andersen et Gelberg (2007). Cependant, dans cette étude, les auteurs ont testé leur modèle auprès d'un échantillon composé uniquement de femmes. Ainsi, le présent projet vise à étudier les caractéristiques des utilisateurs et utilisatrices de services de santé, sociaux et communautaires en s'appuyant sur le MCPV (Gelberg *et al.*, 2000) afin de sélectionner et classer les variables, et ce, auprès d'un échantillon de personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale.

MÉTHODOLOGIE

Participants et participantes

Les participants et participantes de cette étude sont des personnes itinérantes recrutées dans la région de Moncton dans le cadre du projet At Home / Chez Soi, un projet de recherche d'envergure nationale mis sur pied par la Commission de la santé mentale du Canada en 2008 afin d'étudier l'itinérance dans cinq villes canadiennes, soit Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver (Aubry *et al.*, 2014). L'âge moyen

des 194 participants et participantes est de 39,84 ans ($\bar{E}.T. = 11,25$) et 65,9 % sont des hommes. Trente-sept (19,2 %) d'entre eux ont entrepris ou terminé des études postsecondaires, 45 (23,3%) ont terminé des études secondaires et 111 (57,5 %) n'ont pas terminé le secondaire (dont 35 ont terminé des études primaires).

Instruments

Cette étude fait partie d'un projet de plus grande envergure où divers outils ont été utilisés (Goering *et al.*, 2011). Les instruments de mesure sont adaptés d'échelles validées (Macnaughton, Goering et Nelson, 2012). Seules les variables incluses dans le MCPV ont été retenues (Gelberg *et al.*, 2000).

Variables démographiques : âge, sexe, niveau d'éducation (primaire, secondaire non complété, secondaire, postsecondaire) et index de sévérité de l'itinérance (ISI) (Dickey, Latimer, Powers, Gonzalez et Goldfinger, 1997). L'ISI correspond au nombre de mois d'itinérance au total pendant la vie.

Accès aux services. L'accès aux services a été évalué par l'entremise du Health Service Access Items (ACC) (Hwang *et al.*, 2010). L'accès aux services de santé fait référence à l'accès aux services suivants : médecin généraliste, endroit pour consultation ou service de soins au besoin. Donc, la variable *accès* est constituée du cumul des réponses positives de ces trois éléments.

Santé physique et maladies chroniques. Les problèmes de santé physique et les maladies chroniques des participants et participantes ont été identifiés à partir du Comorbid Conditions Questionnaire (CMC). Le CMC est un inventaire établi pour le projet At Home / Chez Soi afin de déterminer la présence ou l'absence de problèmes de santé spécifiques. Les éléments du CMC proviennent d'instruments similaires (l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, l'Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada; Mares et Rosenheck, 2007). La variable *maladies chroniques* représente le cumul du nombre de problèmes de santé physique et de maladies chroniques.

Troubles mentaux. Les diagnostics psychiatriques ont été identifiés à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview 6.0 (Lecrubier *et al.*, 1997) et de la version modifiée du Colorado Symptom Index (CSI) (Ciarolo, Edwards, Kiresuk, Newman et Brown, 1981) par des assistants de recherche ayant une formation en psychologie. Pour chaque diagnostic psychiatrique, le pourcentage fut établi en fonction de l'absence ou de la présence. Le niveau de qualité de vie a été évalué selon le Quality of Life Interview (QoLI-20) (Uttaro et Lehman, 1999). La variable *qualité de vie* représente le score total du QuoLI-20, ayant une étendue entre 20 et 140. Un score élevé représente une bonne qualité de vie. Ces instruments ont démontré d'excellentes qualités psychométriques dans diverses études antérieures et les renseignements concernant les propriétés psychométriques sont présentés dans Goering *et al.* (2011).

Recours aux services. Les variables dépendantes sont trois mesures du recours aux services de santé, sociaux et communautaires. Ces variables incluent le recours aux SHA, les visites aux salles d'urgence et les recours aux services sociaux et communautaires.

Les réponses aux questions concernant le recours aux SHA, les visites aux salles d'urgence, le recours à des spécialistes tels que ceux des services de santé mentale et le recours aux services sociaux et communautaires tels que les refuges ont été examinées à l'aide du questionnaire sur l'Utilisation des services de santé, de justice et des services sociaux (USSJSS). Cet instrument a été élaboré pour le projet At Home / Chez Soi à partir de sept instruments existants : l'Outpatient Health Care Record (Guerriere *et al.*, 2006),

l'Utilization and Cost Inventory (Kashner *et al.*, 2009), le Cornell Service Index (Sirey *et al.*, 2005), le Health Service Utilization Inventory (Browne, Arpin, Corey, Fitch et Gafni, 1990), l'Utilization of Hospital and Community Services Form (Forchuk *et al.*, 2008), le Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory (Chisholm *et al.*, 2000) et le Service Use Questionnaire for the Continuity of Mental Health Services (Adair *et al.*, 2005). Les propriétés psychométriques de ces instruments sont exposées dans Goering *et al.* (2011).

De façon plus particulière, le recours aux SHA comprend le nombre de fois que la personne a utilisé les services hospitaliers de jour au cours des 6 derniers mois sans y avoir demeuré la nuit et n'incluant pas les visites à l'urgence ou celles pour des tests de routine. Le recours aux services d'urgence comprend le nombre de fois que ces services ont été utilisés au cours des 6 derniers mois. Par ailleurs, les recours aux services sociaux et communautaires comprennent le nombre de fois que ces services ont été utilisés dans les 6 derniers mois—ex. : banques alimentaires, refuges (sans y avoir passé la nuit). Ces variables dépendantes ont été dichotomisées (utilisation/non-utilisation) puisqu'elles sont sévèrement asymétriques.

Procédure

Le projet At Home / Chez Soi a obtenu l'approbation éthique des différentes universités et institutions de santé situées dans les cinq différents sites (Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver), en plus de l'approbation éthique du centre hospitalier universitaire du centre de coordination du projet au palier national (voir Goering *et al.*, 2011). Le projet a aussi été enregistré auprès de l'International Standard Randomised Control Trial Number Register, un organisme qui mise sur la disponibilité et l'échange d'information en lien avec les essais cliniques randomisés à travers le monde, et est identifié par le numéro ISRCIN42520374.

La distribution des questionnaires a été effectuée par les équipes de recherche dans chacun des cinq sites du projet. Les données ont été comptabilisées à l'aide de la plateforme Health Diary. Dans le cadre de la présente recherche, seules les données relatives au site de Moncton, recueillies d'octobre 2009 à avril 2011, ont été utilisées.

Le recrutement a eu lieu dans des refuges, dans des centres de santé mentale et à l'aide d'une ligne téléphonique grâce à laquelle les individus pouvaient se proposer pour participer à cette étude. Les participantes et participants pouvaient aussi être référés par les organismes communautaires et les services de santé mentale de la Grande Région de Moncton. Des membres de l'équipe de recherche (ayant suivi une formation spécifique sur le projet et l'administration des questionnaires afin de standardiser la collecte des données) ont rencontré les participants et participantes dans les refuges, dans les hôpitaux ou bien, pour ceux qui vivaient provisoirement dans la communauté, dans leur logement. Cette rencontre préliminaire servait à leur expliquer le projet et, pour ceux qui désiraient y participer, à obtenir leur consentement. Cette rencontre a permis aussi d'obtenir des réponses aux questions visant à évaluer leur admissibilité à participer au projet (âgés d'au moins 18 ans, sans logement ou précairement logés, présence d'au moins un trouble mental selon le MINI). Si les candidats étaient admissibles, un membre de l'équipe les rencontrait à nouveau afin de leur administrer les questionnaires du pré-test. Les participants et participantes répondaient ensuite à ces mêmes questionnaires tous les 6 mois jusqu'à la fin de l'étude, c'est-à-dire à 6, 12, 18 et 24 mois. Toutefois, dans le cadre de cette étude, seulement les données du pré-test ont été utilisées. Afin de standardiser l'administration,

les questions étaient lues à tous les participants et participantes. Ceux-ci et celles-ci ont reçu une légère compensation financière pour leur participation.

Analyses statistiques

Dans le cadre de cette étude, trois analyses de régression logistique séquentielle furent effectuées à l'aide de la 22^e version du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM Corp., 2013) afin de cerner les caractéristiques des personnes itinérantes qui ont recours aux services de santé. Le classement des variables dans le modèle d'analyse a été conceptualisé en suivant le MCPV de Gelberg-Andersen (Gelberg *et al.*, 2000). Par exemple, les variables liées aux troubles de santé mentale et de toxicomanie ont été classées comme étant des variables prédisposantes puisque, selon des études antérieures (Stein *et al.*, 2007; Stein, Lu et Gelberg, 2000), ces variables agissent ainsi. Des statistiques descriptives ont été effectuées afin de décrire les variables à l'étude. Par ailleurs, des analyses servant à vérifier les postulats de base en inférence statistique furent effectuées dont, entre autres, la vérification de la normalité des distributions. Étant donné que les variables dépendantes présentaient des violations sévères de normalité, elles ont été dichotomisées. Ainsi, des analyses de régressions logistiques ont été privilégiées, tel que préconisé par Gelberg *et al.* (2000).

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives des participants et participantes en fonction des variables prédisposantes, des variables facilitantes, des besoins de services et du recours aux services conformément au modèle MCPV (Gelberg *et al.*, 2000). Le nombre de maladies chroniques (comorbidité) révèle qu'en moyenne les participants et participantes souffriraient de trois maladies chroniques (médiane = 3). Bien que les maladies chroniques varient, un pourcentage élevé fut noté pour les problèmes suivants : dos (67 %), dents (67 %), arthrite (55 %), migraines (48 %), pieds (45 %), asthme (30 %), peau (29 %), incontinence urinaire (28 %), tension artérielle (26 %), hépatite C (25 %), bronchite (23 %) et ulcères (23 %).

Les résultats de l'analyse de régression logistique séquentielle pour le recours aux SHA sont présentés au tableau 2. Au total, 181 participantes et participants ont été inclus dans cette analyse compte tenu des données manquantes. Dans la première étape, on retrouve les variables prédisposantes. Parmi celles-ci, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) et l'éducation secondaire non complétée se sont révélés significativement associés au recours aux SHA. Dans le deuxième bloc, l'ÉSPT, l'éducation secondaire non complétée, l'éducation secondaire complétée et l'accès aux services de soins de santé sont significativement associés à la variable dépendante. À la troisième étape de l'analyse, l'ajout du besoin de soins révèle que les mêmes variables qu'à l'étape 2 sont significativement associées à la variable dépendante. Plus précisément, l'étape 3 de cette analyse indique que, en contrôlant pour les variables incluses dans le modèle, les répondants et répondantes ayant un ÉSPT sont trois fois moins susceptibles ($RC = 0,33, p < 0,05$) d'avoir recours aux SHA comparativement à ceux qui ne présentent pas ce trouble. Les personnes n'ayant pas terminé leur secondaire ont 10 fois moins de chance ($RC = 0,09, p < 0,01$) d'avoir recours aux SHA au moins une fois durant la période à l'étude que les personnes qui ont reçu une éducation primaire seulement. Pour les répondants et répondantes ayant complété des études secondaires, on observe que la susceptibilité d'avoir recours aux SHA est le tiers ($RC = 0,33, p < 0,05$) de celle des répondants et répondantes ayant uniquement complété

Tableau 1
Statistiques descriptives des participants et participantes au temps 1 (N = 194)

Facteurs	<i>n</i>	%	Min	Max	Moyenne	Médiane	É.T.
Prédisposants							
Âge			18,15	69,79	39,84	40,91	11,25
Hommes	126	65,3					
Femmes	67	34,7					
Durée totale de l'itinérance			0,25	460,00	50,01	25,00	70,87
Dépression	136	70,1					
ÉSPT	89	45,9					
Trouble psychotique	44	22,7					
Idées suicidaires—faible	71	36,6					
Idées suicidaires—modéré	49	25,3					
Idées suicidaires—élevé	58	29,9					
Dépendance à l'alcool	61	31,4					
Dépendance aux drogues	104	53,6					
Qualité de vie			21	136	64,25	62,00	19,34
Éducation primaire	35	18,1					
Éducation secondaire (n.c)	76	39,4					
Éducation secondaire	45	23,3					
Postsecondaire	37	19,2					
Facilitants							
Accès aux services			0	3	1,97	2,00	0,82
Besoins de services							
Maladies chroniques			0	9	2,89	3,00	1,69
Recours aux services							
SHA (c)			0	48	1,02	0,00	4,31
SHA (d)	42	21,8					
SU (c)			0	20	2,39	2,00	2,29
SU (d)	123	64,1					
SSC (c)			0	543	86,25	30,50	108,14
SSC (d)	146	76,0					

Note. ÉSPT = État de stress post-traumatique; n.c = Non complété; SHA = Services hospitaliers ambulatoires; c = Variable continue; d = Variable dichotomique; SU = Services d'urgence; SSC = Services sociaux et communautaires.

Tableau 2
Coefficients de régression logistique séquentielle (B) du recours aux services hospitaliers ambulatoires
par les participants et participantes au temps 1 en fonction des variables à l'étude (N = 181)

Facteurs	Étape 1		Étape 2		Étape 3	
	Exp (B)	CI (95%)	Exp (B)	CI (95%)	Exp (B)	CI (95%)
Prédisposants						
Âge	1,01	0,97–1,05	1,00	0,96–1,04	1,00	0,96–1,04
Sexe	0,80	0,34–1,87	0,83	0,34–2,00	0,98	0,39–2,49
Sévérité de l'itinérance	0,60	0,25–1,45	0,67	0,27–1,67	0,59	0,23–1,52
Dépression	1,47	0,56–3,86	1,31	0,49–3,52	1,32	0,49–3,56
ÉSPT	0,35*	0,14–0,87	0,33*	0,13–0,86	0,33*	0,13–0,87
Trouble psychotique	2,39	0,79–7,20	2,13	0,70–6,51	2,06	0,68–6,29
Idées suicidaires—faible	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Idées suicidaires—modéré	0,60	0,15–2,44	0,66	0,16–2,81	0,64	0,15–2,73
Idées suicidaires—élevé	0,39	0,09–1,71	0,38	0,08–1,73	0,33	0,07–1,55
Aucun	0,22	0,05–1,10	0,25	0,05–1,29	0,24	0,05–1,22
Dépendance à l'alcool	1,28	0,53–3,10	1,25	0,50–3,11	1,30	0,52–3,28
Dépendance aux drogues	1,77	0,75–4,19	1,98	0,80–4,90	1,98	0,80–4,90
Qualité de vie	0,99	0,97–1,01	0,98	0,96–1,01	0,98	0,96–1,01
Éducation primaire	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Éducation secondaire (n.c)	0,13**	0,03–0,63	0,10**	0,02–0,50	0,09**	0,02–0,49
Éducation secondaire	0,38	0,14–1,04	0,34*	0,12–0,97	0,33*	0,11–0,95
Éducation postsecondaire	1,05	0,37–2,96	0,89	0,30–2,61	0,90	0,31–2,63
Facilitants						
Accès aux services	-----	-----	2,26**	1,27–4,00	2,25**	1,26–4,03
Besoins de services						
Maladies chroniques	-----	-----	-----	-----	1,19	0,91–1,55

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ÉSPT = État de stress post-traumatique; n.c = Non complété

leurs études primaires. Quant à la variable facilitante, les répondants et répondantes ayant accès aux services sont 2,25 fois plus susceptibles ($RC = 2,25$, $p < 0,05$) d'avoir recours aux SHA que ceux et celles sans accès aux services. Une analyse de régression logistique séquentielle a également été effectuée pour le recours aux services d'urgence. Cependant, aucune de ces variables ne s'est avérée significativement associée à la variable dépendante.

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de régression logistique séquentielle pour le recours aux services sociaux et communautaires chez 180 participants et participantes. À l'étape 3 de cette analyse, seul le sexe est significativement associé à la variable dépendante : les femmes présentent 2,61 fois plus de chances ($p < 0,05$) d'avoir utilisé au moins une fois les services sociaux et communautaires dans les 6 mois précédant le pré-test. Donc, dans le cas du recours aux services sociaux et communautaires, les femmes sont proportionnellement plus susceptibles d'avoir recours à ces services, bien que l'échantillon soit composé majoritairement d'hommes.

Tableau 3
Coefficients de régression logistique séquentielle (B) du recours aux services sociaux et communautaires par les participants et participantes au temps 1 en fonction des variables à l'étude ($N = 180$)

Facteurs	Étape 1		Étape 2		Étape 3	
	Exp (B)	CI (95%)	Exp (B)	CI (95%)	Exp (B)	CI (95%)
Prédisposants						
Âge	1,02	0,98–1,05	1,02	0,98–1,05	1,02	0,98–1,05
Sexe	2,49*	1,08–5,75	2,46*	1,06–5,69	2,61*	1,10–6,20
Sévérité de l'itinérance	1,63	0,73–3,64	1,60	0,71–3,60	1,51	0,66–3,45
Dépression	0,56	0,23–1,39	0,57	0,23–1,41	0,58	0,23–1,43
ÉSPT	0,75	0,33–1,71	0,75	0,33–1,72	0,76	0,33–1,74
Trouble psychotique	0,61	0,22–1,69	0,62	0,23–1,71	0,60	0,22–1,67
Idées suicidaires—faible	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Idées suicidaires—modéré	1,82	0,42–7,90	1,80	0,41–7,81	1,75	0,40–7,59
Idées suicidaires—élevé	0,65	0,15–2,85	0,65	0,15–2,85	0,63	0,14–2,75
Aucun	0,77	0,16–3,59	0,76	0,16–3,54	0,75	0,16–3,50
Dépendance à l'alcool	0,91	0,40–2,10	0,91	0,40–2,08	0,93	0,40–2,14
Dépendance aux drogues	0,62	0,28–1,37	0,62	0,28–1,37	0,63	0,29–1,40
Qualité de vie	0,99	0,97–1,02	1,00	0,97–1,02	1,00	0,97–1,02
Éducation primaire	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Éducation secondaire (n.c)	0,58	0,16–2,05	0,59	0,17–2,11	0,61	0,17–2,18
Éducation secondaire	0,91	0,34–2,47	0,92	0,34–2,49	0,91	0,34–2,47
Éducation postsecondaire	0,83	0,27–2,51	0,84	0,28–2,56	0,84	0,28–2,56
Facilitants						
Accès aux services	-----	-----	0,92	0,56–1,50	0,92	0,56–1,50
Besoins de services						
Maladies chroniques	-----	-----	-----	-----	1,09	0,84–1,40

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ÉSPT = État de stress post-traumatique; n.c = Non complété

DISCUSSION

La présente étude visait à cerner les caractéristiques associées au recours aux services de santé et aux services sociaux et communautaires en s'appuyant sur le MCPV de Gelberg et Andersen (Gelberg *et al.*, 2000) auprès d'un échantillon d'hommes et de femmes itinérants de la région de Moncton ayant des problèmes de santé mentale. Contrairement aux résultats de Stein et ses collègues (Stein *et al.*, 2007; Stein, Lu et Gelberg, 2000), la présente étude indique que, parmi toutes les variables prédisposantes au recours aux services par les personnes itinérantes, les personnes souffrant d'un ÉSPT et ayant un niveau d'éducation secondaire non complété ont eu moins recours aux SHA. Quant à la variable facilitante, à savoir l'accès aux services, les résultats de la présente étude démontrent que les personnes itinérantes ayant accès aux services sont plus susceptibles d'avoir recours aux services hospitaliers ambulatoires, ce qui est similaire à ce qu'observaient Stein, Anderson *et al.* (2000). Dans le cas du recours aux services d'urgence, aucune des variables de l'étude ne s'est avérée significativement associée à la variable dépendante. Ce résultat est probablement dû au faible recours aux services d'urgence dans les derniers mois par l'ensemble des participants. Cependant, les résultats de cette étude concernant le recours aux services sociaux et communautaires révèlent que ce sont les femmes itinérantes qui ont davantage recours à ces services. Ce résultat est en cohérence avec les études antérieures qui démontrent que les femmes itinérantes ont un plus haut taux de recours aux services de santé (Gelberg *et al.* 2000). Toutefois, malgré le nombre élevé de maladies chroniques, cette variable ne s'est pas avérée significativement associée à la variable dépendante. Ceci peut s'expliquer par le fait que la nature de ces maladies chroniques ne nécessite pas toujours le recours aux SHA ou une consultation des services d'urgence. Également, puisque la variable *services sociaux et communautaires* est dichotomique, il y a moins de variation, ce qui diminue la puissance.

Les résultats de la présente étude suggèrent certains éléments utiles pour améliorer le recours aux services de santé, sociaux et communautaires par les personnes itinérantes. En effet, le recours aux services sociaux et communautaires est plus important dans cette population que le recours aux SHA. Ainsi, 76 % des personnes itinérantes de la région de Moncton ont eu recours aux services sociaux et communautaires et 64 % d'entre eux se sont présentés à l'urgence pour obtenir des soins de santé. Par ailleurs, 22 % d'entre eux ont utilisé les SHA, ce qui démontre une importante utilisation des services hospitaliers par cette population. Donc, ces services doivent adopter une approche centrée sur les besoins des personnes itinérantes et, par conséquent, adresser ces dernières aux services de soins de santé appropriés, comme le proposent Gelberg *et al.* (2000). D'ailleurs, dans le rapport final du site de Moncton du projet Chez Soi (Aubry *et al.*, 2014), il est à noter que les différences observées entre les sites à l'étude sont dues en partie aux différents types de services existants et à la disponibilité de ces services. Le site de Moncton témoignant d'un faible recours aux différents services, il est possible de faire l'hypothèse d'un manque de services (ou d'accès aux services existants) pour les personnes itinérantes dans la région de Moncton.

Tel que l'ont signalé Aubry *et al.* (2014), les personnes itinérantes sont confrontées à plusieurs difficultés dans leur vie. En ce qui concerne le nombre de maladies chroniques, les personnes itinérantes de cette étude en ont en moyenne trois, un nombre élevé qui va également dans le sens des études antérieures (Forchuk *et al.*, 2008). Il est à noter que le type de maladie chronique ne nécessite pas nécessairement l'hospitalisation, mais plutôt des SHA. Entre autres, les problèmes les plus fréquemment rapportés comprennent les problèmes de dos, dentaires, d'arthrite et de migraines. Pour ce qui est des troubles mentaux, les résultats de la présente

étude démontrent que les pourcentages de dépression, de trouble post-traumatique et de troubles psychotiques sont considérablement plus élevés que dans la population en général, ce qui concorde avec les résultats de Burt (2001). Les troubles post-traumatiques ont des effets dévastateurs et sont souvent durables et profonds. Donc, les intervenants et intervenantes des services sociaux et communautaires doivent pouvoir orienter ces personnes itinérantes vers les services appropriés. D'ailleurs, les résultats obtenus démontrent que les personnes qui sont itinérantes et qui ont un ÉSPT ont tendance à moins utiliser les SHA. Or, 46 % des personnes itinérantes de cet échantillon ont été identifiées comme ayant un ÉSPT, ce qui donne à penser que bon nombre d'entre elles sont vulnérables et ont subi une situation difficile au cours de leur vie. Un autre constat est que les femmes itinérantes utilisent davantage les services sociaux et communautaires, ce qui indique que le contexte de recours à ces services est différent pour les femmes que pour les hommes, comme l'ont noté Stein *et al.* (2007). Ce résultat mérite d'être examiné plus à fond. Quant aux toxicomanies, les pourcentages de dépendance à l'alcool et aux drogues sont élevés, ce qui converge avec les résultats de Fazel *et al.* (2008). Ce résultat mérite également un suivi afin de mieux cerner l'impact des toxicomanies sur le recours aux services de santé, sociaux et communautaires.

Ainsi, l'utilisation dans la présente étude du modèle MCPV de Gelberg-Andersen auprès de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux a démontré une certaine utilité. Cependant, il faut souligner certaines limites de la présente étude. Premièrement, l'échantillon est représentatif des personnes itinérantes de la région de Moncton, mais pas nécessairement des régions rurales ou métropolitaines. Deuxièmement, en ce qui concerne l'état de santé physique et mentale, ce projet ne dispose que des informations d'utilisation auto-déclarées par les participants et participantes, ce qui ne reflète pas nécessairement l'état actuel de la situation des personnes itinérantes. De plus, aucune information du dossier médical des participants et participantes n'était disponible pour pouvoir vérifier la durée et le nombre des recours aux SHA, aux services d'urgence et aux services sociaux et communautaires n'était disponible. En outre, les résultats observés n'expliquent aucunement les liens de causalité entre les troubles constatés et le recours aux services de santé, sociaux et communautaires étant donné la nature corrélationnelle de l'étude.

CONCLUSION

Malgré les limites de la présente étude, l'ensemble des résultats démontre que le modèle d'analyse MCPV de Gelberg-Andersen pour personnes vulnérables telles que les personnes itinérantes peut s'avérer utile pour mieux cerner les déterminants du recours aux SHA, aux services d'urgence et aux services sociaux et communautaires. Toutefois, dans le cas des personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale, il faut mieux cerner les choix entrés dans le modèle MCPV en ce qui concerne les variables prédisposantes, les variables facilitantes et les besoins de soins. Toutefois, les résultats de la présente étude soulèvent certains constats qui méritent une attention plus approfondie quant à l'accès et au recours aux SHA, aux services d'urgence et aux services sociaux et communautaires par les personnes itinérantes.

RÉFÉRENCES

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A. [. . .] Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061–1069. doi : 10.1176/appi.ps.56.9.1061
- Aubry, T., Bourque, J., Volk, J., Leblanc, S., Nolin, D. et Jetté, J. (2014). *Projet Chez Soi : Rapport final du site de Moncton*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à <http://www.commission-santementale.ca>
- Booth, B. M., Sullivan, G., Koegel, P. et Burnam, A. (2002). Vulnerability factors for homelessness associated with substance dependence in a community sample of homeless adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(3), 429–452. doi : 10.1081/ADA-120006735
- Browne, G. B., Arpin, K., Corey, P., Fitch, M. et Gafni, A. (1990). Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Medical Care*, 28(1), 43–58. doi : 10.1097/00005650-199001000-00006
- Burt, M. R. (2001). Homeless families, singles, and others : Findings from the 1996 national survey of homeless assistance providers and clients. *Housing Policy Debate*, 12(4), 737–780. doi : 10.1080/10511482.2001.9521428
- Chambers, C., Chiu, S., Katic, M., Kiss, A., Redelmeier, D. A., Levinson, W. et Hwang, S. W. (2013). High utilizers of emergency health services in a population-based cohort of homeless adults. *American Journal of Public Health*, 103(Suppl. 2), S302–S310. doi : 10.2105/AJPH.2013.301397
- Che, D. et Bitar, D. (2006). Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 18, 121–125.
- Chisholm, D., Knapp, M. R., Knudsen, H. C., Amaddeo, F., Gaite, L. et Van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory—European Version: Development of an instrument for international research: EPSILON study 5. *British Journal of Psychiatry*, 177(39), S28–S33. doi : 10.1192/bjp.177.39.s28
- Ciarolo, J. A., Edwards, D. W., Kiresuk, T. J., Newman, F. L. et Brown, T. R. (1981). *Colorado Symptom Index*. Washington, DC : National Institute of Mental Health.
- Dickey, B., Latimer, E., Powers, K., Gonzalez, O. et Goldfinger, S. M. (1997). Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. *Journal of Mental Health Administration*, 24(3), 291–305. doi : 10.1007/BF02832663
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. et Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5(12), 1670–1681. doi : 10.1371/journal.pmed.0050225
- Forchuk, C., Brown, S. A., Schofield, R. et Jensen, E. (2008). Perception of health and health service utilization among homeless and housed psychiatric consumer/survivors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(5), 399–407. doi : 10.1111/j.1365-2850.2007.01246.x
- Forchuk, C., Russell, G., Kingston-Macclure, S., Turner, K. et Dill, S. (2006). From psychiatric ward to the streets and shelters. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 301–308. doi : 10.1111/j.1365-2850.2006.00954.x
- Frankish, C. J., Hwang, S. W. et Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96(Suppl. 2), S23–S29.
- Gelberg, L., Andersen, R. M. et Leake, B. D. (2000). The behavioral model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research*, 34(6), 1273–1302. doi : 10.1111/j.1752-7325.2009.00142.x
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J. [. . .] Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home / Chez Soi trial protocol : A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *British Medical Journal Open*, 1(2). doi : 10.1136/bmjopen-2011-000323
- Goering, P. N., Tolomiczenko, G., Sheldon, T., Boydell, K. et Wasylenko, D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53(11), 1472–1474. doi : 10.1176/appi.ps.53.11.1472
- Guerriere, D. N., Ungar, W. J., Corey, M., Croxford, R., Tranmer, J. E., Tullis, E. et Coyte, P. C. (2006). Evaluation of the ambulatory and home care record: Agreement between self-reports and administrative data. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(2), 203–210. doi : 10.1017/S0266462306051026

- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A. et Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211–228. doi : 10.1007/s10597-006-9073-4
- Hahn, H. C. et Segal, S. P. (2005). Failure to seek health care among the mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 54–62. doi : 10.1037/0002-9432.75.1.54
- Hwang, S. W., Ueng, J. J., Chiu, S., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L. [. . .] Redelmeier, D. A. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1454–1461. doi : 10.2105/AJPH.2009.182022
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2007). Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance. Consulté à https://secure.cihi.ca/free_products/mental_health_report_aug22_2007_f.pdf
- Kashner, T. M., Stensland, M. D., Lind, L., Wicker, A., Rush, A. J., Golden, R. M. et Henley, S. (2009). Measuring the use and cost of care for patients with mood disorders: The Utilization and Cost Inventory. *Medical Care*, 47(2), 184–190. doi : 10.1097/MLR.0b013e31818457b8
- Khandor, E. et Mason, K. (2007). *The Street Health report 2007*. Toronto, ON : Street Health. Consulté à <http://www.streethhealth.ca/downloads/the-street-health-report-2007.pdf>
- Kim, M. M., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Bradford, D. W., Mustillo, S. A. et Elbogen, E. B. (2007). Healthcare barriers among severely mentally ill homeless adults: Evidence from the five-site health and risk study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 363–375. doi : 10.1007/s10488-007-0115-1
- Kuno, E., Rothbard, A. B., Averyt, J. et Culhane, D. P. (2000). Homelessness among persons with severe mental illness in an enhanced community-based mental health system. *Psychiatric Services*, 51(8), 1012–1016. doi : 10.1176/appi.ps.51.8.1012
- Kushel, M. B., Gupta, R., Gee, L. et Haas, J. S. (2006). Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 71–77. doi : 10.1111/j.1525-1497.2005.00278.x
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K. [. . .] Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231. doi : 10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Lewis, J. H., Andersen, R. M. et Gelberg, L. (2003). Health care for homeless women. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 921–928. doi : 10.1046/j.1525-1497.2003.20909.x
- Lim, Y. W., Andersen, R., Leake, B., Cunningham, W. et Gelberg, L. (2002). How accessible is medical care for homeless women? *Medical Care*, 40(6), 510–520.
- Macnaughton, E. L., Goering, P. N. et Nelson, G. (2012). Exploring the value of mixed methods within the At Home / Chez Soi Housing First project: A strategy to evaluate the implementation of a complex population health intervention for people with mental illness who have been homeless. *Revue canadienne de santé publique*, 103(Suppl. 1), S57–S62.
- Mares, A. S. et Rosenheck, R. A. (2007). *HUD/HHS/VA collaborative initiative to help end chronic homelessness national performance outcomes assessment: Preliminary client outcomes report*. West Haven, CT: Northeast Program Evaluation Center.
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37(4), 123–146.
- Raoult, D., Foucault, C. et Brouqui, P. (2001). Infections in the homeless. *Lancet Infectious Disease*, 1(2), 77–84. doi : 10.1016/S1473-3099(01)00062-7
- Ropers, R. H. et Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social Science & Medicine*, 24(8), 669–678. doi : 10.1016/0277-9536(87)90310-8
- Rosenheck, R. et Lam, J. A. (1997). Client and site characteristics as barriers to service use by homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 48(3), 387–390.
- Sirey, J. A., Meyers, B. S., Teresi, J. A., Bruce, M. L., Ramirez, M., Raue, P. J. [. . .] Holmes, D. (2005). The Cornell Service Index as a measure of health service use. *Psychiatric Services*, 56(12), 1564–1569. doi : 10.1176/appi.ps.56.12.1564

- Smith, T. et Sederer, L. (2009). A new kind of homelessness for individuals with serious mental illness? The need for a "Mental Health Home." *Psychiatric Services*, 60(4), 528–533. doi : 10.1176/appi.ps.60.4.528
- Stein, J. A., Andersen, R. et Gelberg, L. (2007). Applying the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations to health services utilization in homeless women. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 791–804. doi : 10.1177/1359105307080612
- Stein, J. A., Andersen, R. M., Koegel, P. et Gelberg, L. (2000). Predicting health services utilization among homeless adults: A prospective analysis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11(2), 212–230. doi : 10.1353/hpu.2010.0675
- Stein, J. A., Lu, M. C. et Gelberg, L. (2000). Severity of homelessness and adverse birth outcomes. *Health Psychology*, 19(6), 524–534. doi : 10.1037/0278-6133.19.6.524
- Uttaro, T. et Lehman, A. (1999). Graded response modeling of the Quality of Life Interview. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 41–52. doi : 10.1016/S0149-7189(98)00039-1
- Wagner, J., Diehl, K., Mutsch, L., Löffler, W., Burkert, N. et Freidl, W. (2013). Health status and utilization of the healthcare system by homeless and non-homeless people in Vienna. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 300–307. doi : 10.1111/hsc.12083
- Wiecha, J. L., Dwyer, J. T. et Dunn-Strohecker, M. (1991). Nutrition and health services needs among the homeless. *Public Health Reports*, 106(4), 364–374.
- Zlotnick, C., Zerger, S. et Wolfe, P. B. (2013). Health care for the homeless: What we have learned in the past 30 years and what's next. *American Journal of Public Health*, 103(Suppl. 2), S199–S205. doi : 10.2105/AJPH.2013.301586