

L'ITINÉRANCE
selon la documentation scientifique

Recension des écrits

dirigée par
Louise FOURNIER et Céline MERCIER

avec la collaboration de
Marie-France REYNAULT, Isabelle LAURIN, Julie GAUDREAU,
Micheline OSTOJ, Jean TOUPIN et Katherine FROHLICH

Centre de recherche Philippe Pinel

HV
4493
I84
1996

Montréal
Janvier 1996



SANTÉCOM

ISBN: 2-9804939-0-2

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 1996

HV
4493
F84
1996

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

L'ITINÉRANCE

selon la documentation scientifique

REMERCIEMENTS

Nos remerciements iront d'abord au Conseil québécois de la recherche sociale, lequel a subventionné ce projet de recension des écrits (RS-1607). Cette subvention a permis d'embaucher le personnel qui nous a aidés à rassembler, à classer et à résumer la documentation. Elle a également permis de nous procurer la documentation nécessaire. Nous sommes aussi reconnaissantes au Conseil de nous avoir accordé des délais supplémentaires pour remettre ce travail.

Ce travail de recension de la documentation scientifique sur le thème de l'itinérance a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes à qui nous aimerions rendre un hommage particulier.

Marie-France Reynault s'est jointe au groupe des auteurs pour rédiger un excellent chapitre portant sur la santé physique des itinérants. Sa formation en médecine et en santé publique a fourni à notre équipe une compétence tout indiquée pour rédiger un tel chapitre.

Julie Gaudreau a travaillé avec nous au départ à titre d'assistante de recherche pour rassembler, classer et résumer la documentation. Elle a également contribué à la synthèse et à la rédaction de certains chapitres, d'où sa signature comme co-auteure de quelques-uns de ceux-ci.

Isabelle Laurin a, par la suite, pris la relève de Julie et nous lui devons les mêmes hommages. Elle apparaît aussi comme co-auteure de quelques chapitres en raison de sa contribution exceptionnelle à ce travail de recension.

Micheline Ostoj s'est jointe à nous dans la dernière phase de ce travail, au moment où il a été nécessaire de mettre à jour certains chapitres. Elle a particulièrement contribué au chapitre portant sur les personnes âgées itinérantes et à celui traitant des aspects méthodologiques de la recherche auprès de populations itinérantes, d'où son titre de co-auteure de ces chapitres.

Jean Toupin et Kate Frohlich méritent aussi notre gratitude pour leur contribution au chapitre portant sur les adolescents itinérants.

Valérie Demers, dite «la gazelle», a contribué, au cours des deux derniers mois de ce travail, à résumer la documentation récente, ce qui nous a permis de faire la mise à jour de certains chapitres. Nous avons pu apprécier son intelligence très vive et sa faculté d'adaptation à un domaine qui lui était entièrement étranger. À la toute fin, elle a été pour nous une perle lors de la correction des textes.

Céline St-Laurent s'est jointe à nous au cours des dernières semaines pour réviser, elle aussi, les textes. Tout le monde se souviendra de ses corrections en pattes de mouche et de ses appels téléphoniques réguliers à l'Office de la langue française et au Secrétariat d'État. Nous avons beaucoup apprécié la qualité et la précision de ses corrections.

Micheline Ostoj, Isabelle Laurin, Valérie Demers et Céline St-Laurent, l'équipe de la dernière heure, c'est-à-dire de la phase finale de relecture et de corrections des textes, méritent notre sincère reconnaissance pour leur travail assidu et de très grande qualité de même que pour le soutien qu'elles nous ont apporté.

Enfin, nos derniers remerciements iront à Lorraine Nielsen, Guylaine Bouchard et France LeBel qui ont toutes trois contribué au travail indispensable de saisie des références, puis de gestion et d'entretien de la base de données bibliographiques.

Louise FOURNIER
Céline MERCIER

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
TABLE DES MATIÈRES	iii
INTRODUCTION	1
<i>Louise FOURNIER</i>	
NOTES AU LECTEUR	7

PARTIE I - L'ITINÉRANCE

Chapitre 1 - UN APERÇU HISTORIQUE	11
<i>Céline MERCIER</i>	
Chapitre 2 - LES FACTEURS EXPLICATIFS	15
<i>Céline MERCIER</i>	
2.1 LES REPRÉSENTATIONS DE L'ITINÉRANCE	15
2.2 LES THÉORIES DE L'ÉTIOLOGIE	17
2.2.1 Les théories de l'étiologie individuelle	17
2.2.1.1 La théorie des carences sociales	17
2.2.1.2 La théorie de la «dégringolade»	17
2.2.2 Les théories de l'étiologie sociale	17
2.2.2.1 La théorie de la désaffiliation	17
2.2.3 La théorie de la vulnérabilité	18
2.2.4 Un modèle écologique	19
2.2.5 Une approche critique	20
Chapitre 3 - ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	21
<i>Louise FOURNIER et Micheline OSTOJ</i>	
3.1 LE PROBLÈME DE LA DÉFINITION DE LA POPULATION	21
3.2 LE PROBLÈME DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DE LA POPULATION	23
3.3 LE PROBLÈME DE LA MESURE	25
3.3.1 Fiabilité des informations recueillies	25
3.3.2 Validité des instruments choisis	26
3.4 LE PROBLÈME DES SUIVIS LONGITUDINAUX	27
3.5 CONCLUSION	28

PARTIE II - LA POPULATION ITINÉRANTE

Chapitre 1 - IMPORTANCE DU PHÉNOMÈNE	33
<i>Louise FOURNIER</i>	
1.1 LES RECENSEMENTS ÉTABLIS SUR UNE PÉRIODE D'UNE JOURNÉE	34
1.2 LES RECENSEMENTS ÉTABLIS SUR UNE PLUS LONGUE PÉRIODE	36

1.3	AUTRES MÉTHODES.....	38
1.4	CONCLUSION.....	39
Chapitre 2 - LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....		41
<i>Louise FOURNIER et Isabelle LAURIN</i>		
2.1	LE SEXE.....	41
2.2	L'ÂGE.....	41
2.3	L'ETHNICITÉ.....	41
2.4	LE STATUT MATRIMONIAL.....	42
2.5	LA SCOLARITÉ.....	42
2.6	LE TRAVAIL.....	42
2.7	CONCLUSION.....	42
Chapitre 3 - L'INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE.....		43
<i>Louise FOURNIER, Isabelle LAURIN et Micheline Ostoï</i>		
3.1	MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE.....	43
3.2	PREMIÈRE EXPÉRIENCE D'ITINÉRANCE.....	43
3.3	NOMBRE DE PÉRIODES D'ITINÉRANCE.....	43
3.4	PÉRIODE ACTUELLE D'ITINÉRANCE.....	44
3.5	TYPE D'HÉBERGEMENT AU COURS DE CETTE PÉRIODE.....	44
3.6	INSTABILITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES.....	44
3.7	ÂGE ET INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE.....	44
3.8	CONCLUSION.....	45
Chapitre 4 - SANTÉ PHYSIQUE.....		47
<i>Marie-France REYNAULT</i>		
4.1	PROBLÈMES DE SANTÉ QUI RÉSULTENT DES CONDITIONS DE VIE DES SANS-ABRI.....	48
4.1.1	Les maladies dentaires.....	48
4.1.2	Les maladies dermatologiques.....	48
4.1.3	Les maladies circulatoires.....	49
4.1.4	La tuberculose.....	49
4.1.5	Le SIDA.....	50
4.1.6	Les autres infections systémiques.....	50
4.1.7	Les traumatismes.....	51
4.1.8	Les problèmes reliés à la thermorégulation ou à l'exposition au froid et à la chaleur.....	51
4.1.9	Les problèmes nutritionnels.....	51
4.1.10	L'épilepsie.....	51
4.2	LES PROBLÈMES AGGRAVÉS PAR L'ITINÉRANCE.....	51
4.3	LES PROBLÈMES RELIÉS À L'ABUS D'ALCOOL OU DE DROGUES.....	52
4.4	LA MORTALITÉ.....	53
4.5	L'UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS.....	54
4.6	CONCLUSION.....	56
Chapitre 5 - SANTÉ MENTALE.....		57
<i>Louise FOURNIER</i>		
5.1	ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES SANS-ABRI.....	57
5.2	PROBLÈMES PARTICULIERS DES MALADES MENTAUX SANS-ABRI.....	60
5.3	FACTEURS DE RISQUE DE L'ITINÉRANCE POUR LES MALADES MENTAUX.....	62

5.4	THÉORIES EXPLICATIVES.....	63
5.5	LES RAPPORTS AUX SERVICES.....	65
5.6	CONCLUSION	71
Chapitre 6 - TOXICOMANIE.....		73
<i>Céline MERCIER</i>		
6.1	L'ALCOOLISME ET L'ABUS DE DROGUE CHEZ LES SANS-ABRI.....	74
6.1.1	Études de prévalence	74
6.1.2	Caractéristiques de la population alcoolique et toxicomane.....	75
6.2	UNE TOXICOMANIE SPÉCIFIQUE	75
6.3	PROBLÈMES PARTICULIERS DES ITINÉRANTS TOXICOMANES	76
6.4	LES SERVICES SPÉCIALISÉS.....	77
6.4.1	La déjudiciarisation.....	77
6.4.2	Les centres de désintoxication.....	78
6.4.3	Les services médicaux	80
6.4.4	La réadaptation.....	81
6.4.4.1	Les études comparatives.....	81
6.4.4.2	Les maisons de transition.....	82
6.4.4.3	L'intervention dans le milieu.....	82
6.4.4.4	L'amélioration des conditions de vie.....	83
6.4.4.5	Les groupes d'entraide.....	85
6.4.5	La coordination des services	85
6.5	CONCLUSION	85
Chapitre 7 - CRIMINALITÉ ET MALADIE MENTALE.....		87
<i>Louise FOURNIER</i>		
7.1	CRIMINALITÉ ET ITINÉRANCE.....	87
7.2	MALADIE MENTALE, CRIMINALITÉ ET ITINÉRANCE.....	88
7.3	HYPOTHÈSES EXPLICATIVES	90
7.4	CONCLUSION	91

PARTIE III - LES SOUS-GROUPES

Chapitre 1 - LES FEMMES.....		95
<i>Céline MERCIER</i>		
1.1	CARACTÉRISTIQUES DIFFÉRENTIELLES DES HOMMES ET DES FEMMES SANS-ABRI.....	96
1.2	PROBLÈMES PARTICULIERS DES FEMMES ITINÉRANTES.....	96
1.2.1	Le logement	97
1.2.2	La santé physique.....	97
1.2.3	La santé mentale	98
1.2.4	La désaffiliation et l'isolement	100
1.3	UNE ÉTIOLOGIE DIFFÉRENTE?.....	101
1.4	LES SERVICES AUX FEMMES ITINÉRANTES.....	103
1.4.1	Les rapports aux services.....	103
1.4.2	Les besoins en services	104
1.4.3	Les services spécialisés pour femmes itinérantes	105
1.5	CONCLUSION	106
Chapitre 2 - LES FAMILLES.....		109
<i>Louise FOURNIER, Julie GAUDREAU et Isabelle LAURIN</i>		

2.1	CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	110
2.2	ÉTIOLOGIE.....	111
2.3	PROBLÈMES VÉCUS PAR LES MÈRES ET LES ENFANTS DES FAMILLES ITINÉRANTES	113
2.3.1	Mères.....	113
2.3.2	Enfants	114
2.3.2.1	Santé physique.....	114
2.3.2.2	Santé mentale et retard de développement	114
2.3.2.3	Nouveaux-nés	114
2.4	LES RAPPORTS AUX SERVICES.....	115
2.4.1	Services aux familles itinérantes	115
2.4.2	Programmes spécifiques aux familles itinérantes	116
2.5	CONCLUSION.....	118
Chapitre 3 - LES ADOLESCENTS.....		119
<i>Louise FOURNIER, Isabelle LAURIN, Jean TOUPIN, Julie GAUDREAU, Katherine FROHLICH</i>		
3.1	DÉFINITION DE LA POPULATION.....	120
3.2	APPROCHES TYPOLOGIQUES	120
3.3	CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	123
3.4	INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE.....	124
3.4	ÉTIOLOGIE	124
3.5	PROBLÈMES PARTICULIERS DES ADOLESCENTS SANS ABRI.....	127
3.5.1	Santé physique	127
3.5.2	Santé mentale.....	128
3.5.3	La consommation d'alcool et de drogues	129
3.5.4	Criminalité	130
3.6	LES RAPPORTS AUX SERVICES.....	131
3.6.1	Besoins de services et difficultés d'intervention.....	131
3.6.2	Services spécifiques	132
3.7	CONCLUSION	134
Chapitre 4 - LES PERSONNES ÂGÉES.....		137
<i>Julie GAUDREAU, Micheline OSTOJ, Louise FOURNIER</i>		
4.1	CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	138
4.2	ÉTIOLOGIE.....	138
4.3	PROBLÈMES PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES	139
4.3.1	Santé physique.....	139
4.3.2	Santé mentale	140
4.3.3	Toxicomanie	140
4.3.4	Réseau social	140
4.3.5	Victimes d'agressions.....	141
4.4	RAPPORT AUX SERVICES.....	141
4.4.1	Services non spécifiques.....	141
4.4.2	Besoins en services.....	141
4.4.3	Services spécifiques	142
4.5	CONCLUSION.....	143
CONCLUSION		145
<i>Louise FOURNIER</i>		
RÉFÉRENCES.....		153

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Louise FOURNIER

Depuis une quinzaine d'années, l'itinérance est un problème qui préoccupe beaucoup les intervenants du domaine de la santé publique. Le nombre de personnes affectées par ce problème semble en progression et aucun signe n'indique que cette situation va s'améliorer dans un proche avenir. De plus, ce phénomène atteint maintenant des groupes qui étaient auparavant peu représentés dans le milieu de l'itinérance. Nous pensons, par exemple, aux malades mentaux qui, depuis la fin des années '70, semblent de plus en plus présents dans ce milieu. Plus récemment, il semble y avoir eu une recrudescence du nombre d'adolescents parmi cette population. Bien que cette situation semble plus préoccupante aux États-Unis qu'au Canada, les familles constituent également un groupe de plus en plus visible dans ce milieu. Enfin, une des grandes préoccupations actuelles de la santé publique au regard de cette population est le risque élevé de maladies transmissibles telles que le SIDA ou la tuberculose.

Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a reconnu l'importance du problème de l'itinérance dans sa formulation du 5^{ième} objectif de sa Politique: «D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants».

Parallèlement à l'émergence de ces nouvelles préoccupations au sujet de cette population, les études sur le thème de l'itinérance se sont multipliées, donnant lieu à un essor considérable de la littérature scientifique portant sur la question. Cette documentation est volumineuse et, en raison du nombre et de la disparité des écrits qui la composent, sa synthèse n'est pas toujours évidente. On y retrouve aussi bien des écrits anecdotiques que des études très sophistiquées. En outre, les difficultés méthodologiques inhérentes à l'étude de cette population complexifient encore davantage l'analyse d'une telle documentation.

Dans ce rapport, nous avons tenté de relever ce défi qu'est la synthèse de la documentation scientifique portant sur le thème de l'itinérance. Les paragraphes qui suivent décrivent les différentes étapes qui ont été nécessaires à la réalisation de ce travail.

Le travail a débuté avec le repérage des références publiées sur ce thème. Les grands fichiers électroniques *Medline*, *Psychinfo* et *Sociological Abstracts* ont été consultés en utilisant le mot-clé *Homeless*. La liste des titres ainsi répertoriés a été complétée en consultant le système *CAN/OLE* pour les documents canadiens et les bibliographies du *National Resource Center on Homelessness and Mental Illness*. Cet organisme fournit gratuitement des bibliographies par thèmes (santé mentale, criminalité, etc.) qui incluent non seulement les livres et les articles publiés dans les grandes revues scientifiques mais aussi les rapports de recherche. Enfin, certains documents inédits ont été acquis au hasard de nos participations à des rencontres scientifiques internationales.

La deuxième étape a été de rassembler cette documentation. Une partie du matériel a été trouvée assez facilement dans les bibliothèques universitaires de Montréal. La liste des références introuvables dans ces bibliothèques a ensuite été parcourue de manière à sélectionner les références auxquelles nous tenions, c'est-à-dire les publications présentant un intérêt particulier. Pour ces dernières, plusieurs efforts supplémentaires ont été faits selon la valeur que nous accordions à chacune d'elles. Ainsi, nous avons fait appel aux autres bibliothèques du Québec, et même du Canada. Dans certains cas, nous avons écrit aux auteurs. Malgré ces efforts, plusieurs documents sont demeurés introuvables.

La troisième étape a été de répertorier les documents acquis avec l'aide d'une base de données bibliographiques (*ProCite*). Des mots-clés ont été attribués à chacune des références de manière à ce qu'elles puissent être facilement accessibles sur une base thématique. Cette base de données comporte actuellement plus de 2 000 titres portant sur l'itinérance.

L'étape suivante a été celle de la lecture et des résumés de lecture. De façon générale, les résumés ont été faits de manière systématique en utilisant une fiche informatique que nous avons préalablement élaborée. Cette fiche indiquait les informations qui devaient être relevées pour chacune des publications, à moins qu'une catégorie d'information n'ait pas été pertinente. Par exemple, dans le cas d'une publication portant sur une étude, les catégories d'informations recherchées étaient les suivantes: 1) les hypothèses, les objectifs ou les questions de recherche; 2) le type d'étude, par exemple, étude de cas, étude transversale, étude longitudinale; 3) le type d'échantillon tel que aléatoire, stratifié, de volontaires; 4) la taille de l'échantillon; 5) le type de programme dans le cas d'une évaluation de programme; 6) le mode d'observation, par exemple entrevue structurée, semi-structurée ou non-structurée, observation participante, etc.; 7) les instruments utilisés; 8) les dimensions mesurées; 9) les principaux résultats; 10) les critiques et les commentaires sur la qualité de l'étude.

La dernière étape avant la rédaction a été celle de la synthèse des informations résumées. Une première exploration du matériel regroupé par thème permettait d'établir le plan des chapitres. Une fois le plan établi, les informations ont été regroupées par section, de manière à ce qu'elles puissent faire facilement l'objet d'une analyse et d'une synthèse.

Ce rapport comprend quatorze chapitres, lesquels ont été regroupés au sein de trois parties. La première partie porte sur le thème général de l'itinérance. Le premier chapitre permettra au lecteur de voir comment le phénomène de l'itinérance a évolué à travers le temps. Le deuxième chapitre l'introduira aux théories ou aux modèles qui ont été fournis pour expliquer ce phénomène. Enfin, le dernier chapitre de cette partie porte sur les aspects méthodologiques de la recherche menée auprès de populations itinérantes. Il met en lumière les difficultés reliées à ce type de recherche et les précautions qu'il importe de prendre quant à l'interprétation des résultats de ces recherches.

La deuxième partie, qui comprend sept chapitres, fait état des connaissances sur les caractéristiques et les problèmes de cette population. Le premier chapitre de cette partie met en relief la difficulté de déterminer le nombre de personnes qui vivent la condition d'itinérance. Le deuxième chapitre fait état de la répartition de la population itinérante en fonction de différentes caractéristiques socio-démographiques alors que le troisième décrit la signification de l'itinérance en termes d'instabilité résidentielle. Les trois chapitres suivants sont des chapitres majeurs, non seulement en raison de leur taille mais également en raison des problématiques qui y sont abordées. Ainsi, le chapitre 4 permet de voir l'importance des maladies physiques qui affligent les itinérants et de comprendre le lien entre ces maladies et la condition d'itinérance. Les chapitres 5 et 6 font de même pour les maladies mentales et la toxicomanie. Dans ces trois chapitres, les thèmes concernant les rapports aux services et les services spécifiques destinés aux itinérants sont abordés. Un septième chapitre complète cette deuxième partie. La problématique de la criminalité chez les

itinérants y est décrite de même que le lien, souvent mentionné, entre cette problématique et celle de la santé mentale de cette population.

La troisième partie de ce rapport vise à présenter le problème de l'itinérance tel qu'il se vit par différents sous-groupes de cette population. Chacun des quatre sous-groupes choisis fait l'objet d'un chapitre distinct. Comme l'itinérance est plus fréquente chez les hommes, le portrait général donné de la population sans abri est davantage celui de ce sous-groupe. Néanmoins, le sous-groupe des femmes est relativement important et vit ce problème d'une manière différente. Le premier chapitre de cette partie lui sera donc réservé. Par ailleurs, les adolescents constituent un sous-groupe qui semble en croissance. Ils présentent des caractéristiques particulières et méritent, par conséquent, que nous leur consacrons le deuxième chapitre. Le troisième chapitre présente la façon dont les familles itinérantes vivent ce problème alors que le quatrième traite de l'itinérance chez les personnes âgées. Dans chacun de ces chapitres, le thème des services destinés à ces sous-groupes sera abordé.

Après ce tour d'horizon de la documentation scientifique sur le sujet de l'itinérance, le lecteur devrait avoir une vision plus juste de ce problème et des personnes qui le vivent.

En écrivant ce rapport, nous avons pensé que le lecteur pourrait être un intervenant, un étudiant, un chercheur ou encore tout simplement un citoyen curieux. Les intérêts et les besoins de chacun de ces lecteurs ne sont certes pas les mêmes. L'un pensera parfois qu'il y a trop de chiffres, l'autre, qu'il n'y en a pas assez. Nous avons essayé de doser le texte de manière à ce qu'il demeure intéressant pour chacun. Par exemple, nous avons tenté de signaler systématiquement la source de la référence de manière à ce que l'étudiant ou le chercheur intéressé par une étude puisse la consulter. Toutefois, le signalement de cette source est fait à l'aide de chiffres qui renvoient le lecteur à la liste des références apparaissant à la toute fin du rapport. Les personnes intéressées au nom des auteurs et à l'année de publication pourront trouver cela frustrant. En revanche, le lecteur peu intéressé par ce type d'informations appréciera l'absence de noms et d'années tout au long du texte.

NOTES AU LECTEUR

- Quatre des 14 chapitres de ce rapport ont déjà été publiés ailleurs il y a quelques années. C'est le cas des chapitres portant sur la toxicomanie, la santé mentale, la criminalité et les femmes. Cependant, ces chapitres ont fait l'objet d'une mise à jour importante et ils ont été retravaillés pour être présentés ici dans une nouvelle version.
- Compte tenu du fait que les chapitres n'ont pas tous été écrits de la même main, le lecteur pourra remarquer des styles différents, parfois même une terminologie différente. Il se peut également qu'il y ait de légers recoupements entre certains chapitres.
- L'absence de consensus dans la définition de l'itinérant se reflète dans la terminologie utilisée. A Montréal, le terme le plus populaire pour désigner ces personnes est celui d'«itinérant». Ce terme a malheureusement une connotation qui porte à confusion dès que l'on dépasse les limites du Québec, ceci à cause du sens implicite de déplacement géographique qu'il contient. Depuis l'année internationale des sans-abri (1987), le terme «sans-abri» est aussi utilisé mais celui d'itinérant semble avoir gardé la faveur populaire. En France, le terme «sans domicile fixe» est celui adopté par tous. Aucun de ces trois termes ne nous apparaissant supérieur aux autres, les trois seront donc utilisés de manière indistincte tout au long de ce rapport.

Partie I
L'ITINÉRANCE

Chapitre 1

UN APERÇU HISTORIQUE

Céline MERCIER

Les premiers travaux qui ont porté sur l'itinérance remontent au tournant du siècle [1-3]. Aux États-Unis, la fin de la Guerre Civile fournit le premier contingent de personnes déplacées, sans domicile fixe. À la suite de l'arrivée massive des immigrants européens, l'itinérance affecte surtout les travailleurs saisonniers migrants qui ne peuvent trouver de travail dans les états de l'Est ou dans les provinces canadiennes. C'est la période du «hobo», du «tramp», du chemineau et du vagabond, du quêteux québécois. Pendant cette période, qui s'étend approximativement de 1870 au début du vingtième siècle, le nombre de chemineaux varie suivant les périodes de prospérité et de récessions économiques. À New York, par exemple, on dénombre en 1894 (une année de dépression), plus de 105 refuges pouvant accueillir 16 000 sans-abri. Le prix pour dormir une nuit dans ces refuges varie de trois à trente-cinq cents [4].

À cette époque, les itinérants ne forment déjà plus un groupe homogène. Ils établissent entre eux des distinctions strictes entre le «hobo» (un travailleur migrant), le «tramp» (un travailleur non-migrant) et le bum (une personne qui ne travaille pas et ne se déplace pas) [5, 6].

La mécanisation du secteur primaire va faire chuter la demande de main-d'oeuvre saisonnière non spécialisée. Les itinérants vont vivre à l'intérieur de certains périmètres des centres-villes, les *skid rows*, ainsi dénommés à partir des *skidways*, sur lesquels les bûcherons acheminaient les billots pour leur transport jusqu'au moulin à scie. À Seattle, les pensions et les *saloons* étaient situés le long du *Skid Road* qui partait du sommet de la colline jusqu'au moulin. Dans les autres villes, les enclaves d'itinérants devinrent les *skid rows* [7, 8]. Selon Garret [9], à partir de 1900, chaque ville américaine d'importance avait son *skid row*.

Selon Caplow [10], ces secteurs sont fréquentés par quatre types de population: 1) les travailleurs migrants saisonniers et les vagabonds; 2) les itinérants alcooliques dont certains ont des emplois et d'autres sont inaptes au travail; 3) les personnes âgées qui vivent de maigres pensions; 4) et les travailleurs sans attache.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'image du clochard et du «robineux» domine et symbolise également la déchéance alcoolique [11]. L'ère du *skid row* (de 1950 à 1975) a suscité l'intérêt des chercheurs et correspond à une période intense de publications portant sur ce sujet. L'itinérant est devenu un problème social et le *skid row*, une sous-culture de la déviance. En même temps, les scènes locales évoluent rapidement. Les années '60 et '70 sont celles de la planification urbaine, de la revitalisation des centres-villes. Les *skid rows* gênent le développement urbain. Leurs habitants, expulsés mais non relocalisés, perturbent les plans. Les intégrer, ou du moins les

contrôler, devient une priorité. Fait encourageant, dans le contexte de la prospérité économique et d'une implication accrue de l'État dans le domaine social, le nombre de clochards décroît [7, 12-16] et la population vieillit [17]:

Les populations des *skid rows* ont atteint un sommet à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XXI^{ème}. Depuis la Deuxième Guerre mondiale, leur nombre diminue de façon constante. En février 1954, le 'Bowery' de New York comptait aussi peu que 6 000 résidents. En 1915, la population y était estimée entre 26 000 et 75 000. Les possibilités accrues d'emploi, la hausse de la sécurité sociale et la prospérité générale ont présidé à la baisse de la population.

«Goldfarb [13]: 274»
(Traduction de l'auteure)

À l'aube des années '80, le tableau a radicalement changé. Certains des anciens *skid rows* sont devenus des quartiers à la mode. En même temps, le nombre de personnes sans domicile fixe s'est accru rapidement et s'est diversifié. Aux États-Unis, le nombre d'itinérants atteint 1,5 million, c'est-à-dire qu'il rejoint le nombre de sans-abri au moment de la Grande Dépression [18]. On compte parmi les nouveaux arrivants des Noirs et des personnes hispaniques, des jeunes, des femmes, des malades mentaux et des toxicomanes [19-21]. À cette époque, plusieurs facteurs contribuent au développement de l'itinérance: l'inflation et la crise économique, le chômage, les coupures dans les programmes d'assistance et de santé, la disparition des maisons de chambre, la pénurie de logements à prix modique, la rénovation des centres-villes et la désinstitutionnalisation des soins pour les malades mentaux. La problématique de «la personne sans domicile fixe» domine désormais la littérature spécialisée. Les «homeless» font fréquemment la «une» des journaux et des revues à grand tirage (*The New York Times*, 26 février 1983; *Psychology Today*, février 1984; *Newsweek*, 6 janvier 1986). Une nouvelle population mal ajustée à la société nord-américaine s'impose sur la scène sociale:

Lorsque l'excellent rapport de la Commission sur la santé mentale du Président Carter a été réduit à néant par la réduction générale des programmes sociaux par le Président Reagan, les indésirables incompetents sont devenus le problème de personne - jusqu'à ce que par leur nombre même et leur visibilité gênante, ils s'imposent comme le problème de tout le monde.

«Smith, cité dans Fustero [22]: 62»
(Traduction de l'auteure)

En 1970, Rooney [23] écrivait que, dans les années à venir, la fonction première du *skid row* serait de servir d'asile aux alcooliques et aux handicapés mentaux. Cela semble chose faite. La prédiction de Rubington en 1971 [15] à l'effet que les *skid rows* accueilleraient un nombre croissant de personnes à problèmes multiples, de malades mentaux et d'alcooliques et connaîtraient une augmentation de la criminalité violente semble aussi s'avérer juste. Tout comme Rubington, Levinson en 1974 [19] entrevoyait aussi des conditions d'existence de plus en plus difficiles pour les itinérants, à la suite du démantèlement progressif de leur zone et des possibilités de réadaptation de plus en plus aléatoires causés par la dégradation du milieu et de ses habitants. En 1989, Wright [18] confirme aussi cette prédiction. Il constate que les personnes sans abri continuent toujours de fréquenter certains quartiers des centres-villes mais que le système social du *skid row* a lui, disparu. En particulier, deux institutions du *skid row* traditionnel sont maintenant démantelées: le réseau de chambres à très bon marché et les emplois journaliers. Les refuges ont remplacé les maisons de chambres, et la mendicité, le travail journalier:

En bref, le système social organisé du *skid row* a été remplacé par l'existence désorganisée de l'itinérance.

«Wright [18]: 94»
(Traduction de l'auteure)

En fait, la problématique des sans-abri prend aujourd'hui des formes entièrement nouvelles. En effet, à la suite du démantèlement du réseau des logements à bon marché, l'itinérance se vit davantage dans la rue et dans les lieux publics: aujourd'hui, comparativement à il y a vingt ou trente ans, on retrouve une proportion beaucoup plus importante de personnes sans domicile fixe qui dorment à l'extérieur [18]. La population itinérante s'est diversifiée et l'alcoolisme chronique ne représente plus qu'une des voies vers l'itinérance. Enfin, les itinérants d'aujourd'hui sont plus pauvres que ne l'ont été leurs prédécesseurs, puisqu'ils n'ont quasiment plus aucune possibilité d'obtenir un travail journalier. Selon Hopper et Hamberg [14]:

Pour comprendre l'itinérance aujourd'hui, il faut savoir non seulement pourquoi les personnes sont pauvres, mais pourquoi leur pauvreté prend la forme particulière de ne pas avoir d'endroit où habiter.

«Hopper et Hamberg [14]: 2»
(Traduction de l'auteure)

Chapitre 2

LES FACTEURS EXPLICATIFS

Céline MERCIER

2.1 LES REPRÉSENTATIONS DE L'ITINÉRANCE

Au cours des années, les façons d'interpréter l'itinérance ont varié, de même que les solutions que l'on a voulu apporter à ce problème. Avant 1900, l'itinérance est associée à la pauvreté. Elle fait l'objet de la réprobation morale, d'autant plus que le fait de ne pas avoir de domicile fixe va souvent de pair avec un mode de vie qui échappe aux normes culturelles et sociales de vie familiale et de travail. On considère facilement que les pauvres sont responsables de leur disgrâce et l'on ouvre des centres de travail pour combattre «leur paresse naturelle».

À l'époque où l'itinérance affecte surtout les travailleurs saisonniers, le souci premier est de contrôler ces populations mobiles, en particulier lorsque leur nombre s'accroît, comme en période de récession. Les itinérants sont perçus comme des menaces à l'ordre public. Il revient à la police de contrôler leurs excès et l'on assiste alors à la criminalisation de l'itinérance. À la fin de cette période, naissent les premières missions qui visent la «conversion» des itinérants, c'est-à-dire leur intégration à une vie conforme aux valeurs dominantes.

Au tournant du siècle, la gauche américaine naissante va pour la première fois identifier le chômage comme cause principale de l'itinérance. Des travailleurs sociaux commencent à associer l'itinérance à l'injustice sociale plutôt qu'au vice. La crise économique des années 30 vient renforcer cette image de l'itinérant en tant que victime de conditions socio-économiques défavorables. C'est à cette époque que sont mis en place les premiers programmes de sécurité sociale.

Les années d'après-guerre voient se développer des interprétations psychologiques et sociologiques des causes de l'itinérance. Pour les tenants de l'étiologie sociale, l'itinérance est une forme de pathologie sociale, caractérisée par une désaffiliation progressive. Quant aux psychologues, ils s'intéressent aux déficits de la personnalité du clochard, à son immaturité émotionnelle et à sa socialisation déficiente.

Selon Hoch [4], des éléments de ces modèles explicatifs successifs se retrouvent dans les conceptions actuelles de l'itinérance. L'auteur propose une classification de ces modèles selon deux axes. Le premier a trait au fait que l'on attribue les causes de l'itinérance à la personne même ou à des conditions extérieures à cette dernière. Le second axe établit une distinction selon laquelle la personne serait responsable de sa situation ou selon laquelle celle-ci lui serait imposée par ses déficiences ou les comportements d'autrui (Figure 1).

Figure 1
Classification des modèles explicatifs de l'itinérance

		Responsabilité de l'itinérance	
		Volontaire	Imposée
Causes de l'itinérance	Internes	Faiblesse morale	Déficiência
	Externes	Retrait	Victimisation

Lorsque l'itinérance est reliée à des caractéristiques intrinsèques à la personne et que l'on considère celle-ci comme étant responsable de sa situation, on rejoint les interprétations moralisantes où la dépravation et l'incapacité personnelle sont invoquées pour expliquer l'itinérance. Par contre, si l'on considère qu'en vertu de ses faiblesses personnelles (physiques, intellectuelles, mentales), la personne n'arrive plus, par exemple, à avoir accès à un logement, on interviendra auprès d'elle pour pallier à ces déficiences. Lorsque l'itinérance est attribuée à des causes structurelles extrinsèques, la personne sans abri apparaît alors comme une victime, dans ce sens qu'elle se voit forcée de renoncer à une certaine stabilité résidentielle. Par contre, un autre schéma explicatif met de l'avant le fait que dans un contexte défavorable, la personne elle-même choisira des solutions qui sont socialement déviantes et adoptera un mode de vie en retrait de la société.

Ces quatre positions traduisent bien les différentes perceptions que l'on peut avoir de la personne sans abri. Celle-ci est tantôt vue comme une victime de la société (du chômage, de la désinstitutionnalisation, de la violence familiale, de la disparition des maisons de chambres, etc.), tantôt comme une personne déviant (anarchiste, asociale, immorale, libertaire, révoltée), coupable de ne pas être un bon citoyen, ou encore comme une personne malade (alcoolique, légèrement déficiente, ex-patiente psychiatrique, mésadaptée, psychopathe) ou dépravée (paresseuse, lubrique).

Pour tenter d'échapper à ce débat, en partie idéologique, entre facteurs individuels et structurels, on invoque de plus en plus la notion de facteurs de vulnérabilité (la maladie physique ou mentale, la pauvreté, l'absence de ressources de soutien) en tant que facteurs pouvant décupler l'impact des pressions économiques, sociales ou politiques:

On ne peut douter que des facteurs économiques, des problèmes de subsistance quotidienne, la dissolution de la famille, la vulnérabilité psychologique et la faiblesse de l'estime de soi contribuent au cycle de la pauvreté, de la rupture, du stress et de la violence. Lorsque l'accessibilité au logement diminue, les membres de la société les plus vulnérables sur le plan émotif et les plus marginaux sont les premiers à tomber du «filet de sécurité».

«Bassuk et al. [24]: 1100»
(traduction de l'auteure)

Lorsque l'explication de l'itinérance est abordée en termes de facteurs structurels, elle est surtout reliée à des facteurs économiques et politiques. Les périodes de récession, la revitalisation des centres-villes, la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques et la restriction des budgets sociaux sont associées à l'accroissement de la population sans domicile fixe. Par contre, la question des facteurs individuels de vulnérabilité semble beaucoup plus difficile à poser, en dehors de toute

position idéologique. Les différents modèles explicatifs de l'itinérance que l'on vient de décrire reflètent bien cette influence de l'idéologie sur la compréhension de l'itinérance.

2.2 LES THÉORIES DE L'ÉTIOLOGIE

Un certain nombre d'auteurs se sont intéressés à l'étiologie de l'itinérance et ont proposé des théories explicatives sur la base de données empiriques. Ces théories peuvent aussi être classifiées selon l'importance relative qu'elles accordent aux facteurs individuels ou sociaux dans le parcours qui mène à la situation de sans-abri.

2.2.1 Les théories de l'étiologie individuelle

2.2.1.1 La théorie des carences sociales

La plupart des études antérieures aux années '40 décrivent l'itinérance sous l'angle de la faillite morale personnelle et comme une conséquence de l'alcoolisme [25]. Puis, dans les années '50, on commence à s'intéresser à la personnalité du clochard. Goldfarb [13] a résumé ces études, en particulier celles de Rosenman [26]. Elles insistent sur les déficits de la personnalité du clochard. Dans ce sens, la théorie des carences sociales est l'une des premières théories psychologiques [27] expliquant l'itinérance. Ces carences proviennent d'une socialisation familiale déficiente. Elles conduisent la personne à se désengager progressivement de la société. Elle devient de plus en plus insensible aux stimuli extérieurs ou intérieurs pour finalement rejeter en bloc les valeurs collectives et les responsabilités sociales.

2.2.1.2 La théorie de la «dégringolade»

Selon la théorie de la «dégringolade», les facteurs structurels ne sont pas les principaux déterminants de l'itinérance. Cette théorie sous-entend qu'une bonne partie des personnes sans abri seraient dans la même situation dans un contexte socio-économique plus favorable. Les malades mentaux, les toxicomanes et les personnes judiciairisées présentent une multiplicité de problèmes interreliés, problèmes qui ont commencé à se manifester avant qu'elles ne se retrouvent à la rue. Dans cette perspective, l'itinérance est l'une des manifestations du processus de sélection naturelle qui a cours dans les sociétés animales et humaines:

Dans le cas des sans-abri, la théorie de la dégringolade propose que la forte proportion de malades mentaux, de toxicomanes et de criminels est la résultante de la compétition naturelle qui a pour effet de répartir les personnes dans les différentes couches sociales à partir de leur habileté, de leur fragilité («frailties») intrapsychique naturelle, apprise ou induite à la suite de l'usage de drogues.

«Benda [28]: 362»
(traduction de l'auteure)

2.2.2 Les théories de l'étiologie sociale

2.2.2.1 La théorie de la désaffiliation

La désaffiliation implique un retrait à long terme des relations sociales et des rôles sociaux. La théorie de la désaffiliation a été développée dans les années '60 et '70 [7, 29-31]. Elle a été élaborée à la suite des enquêtes réalisées auprès des clochards des *skid row*. Dans ce groupe, la proportion de personnes jamais mariées est beaucoup plus élevée que dans la population masculine en général. La désaffiliation permet de décrire le processus à long terme qui conduit aux conditions et au style de vie actuels: absence de relations amicales et sexuelles significatives, de liens

familiaux, d'arrangement résidentiel conventionnel, retrait des rôles de parent, de travailleur et de citoyen.

Wallace [16] a décrit un processus de clochardisation en quatre étapes. Au départ, la personne vit une situation de rupture ou de perte. Cette rupture peut être due à des causes extérieures comme la perte d'un emploi, d'un logement ou d'une personne-soutien, d'un divorce ou d'une crise familiale. Dans d'autres cas, la personne peut s'exclure d'elle-même en optant pour des milieux et des comportements marginaux (criminalité, toxicomanie), ou pour des motifs politiques. Enfin, certaines personnes ont d'emblée un ancrage social fragile en raison d'une maladie mentale, d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap physique.

Suite à cette rupture, la personne commence à fréquenter le *skid row* et est exposée à sa sous-culture. Faute de moyens de se rattacher à la culture dominante, la personne se désocialise rapidement. Pendant cette période, elle résiste à ce processus de désocialisation et en appréhende les effets. Puis, progressivement, son implication devient plus active dans la vie du *skid row*. Enfin, dans une quatrième phase, la personne est complètement désocialisée et acculturée au *skid row*; elle y est intégrée et y a acquis un statut.

2.2.3 La théorie de la vulnérabilité

À l'heure actuelle, la plupart des travaux relie l'origine de l'itinérance à deux types de causes, les unes structurelles (le contexte politico-économique), les autres conjoncturelles (les événements précipitants). Ces deux types de cause ont été documentés au point de vue quantitatif (études de statistiques gouvernementales et enquêtes de population) aussi bien que qualitatif (récits de vie et enquêtes ethnographiques).

Au nombre des causes de type structurel, on compte la diminution du nombre de logements à coût modique, le chômage, les restrictions apportées aux politiques de soutien du revenu et la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques.

Parmi les facteurs précipitants les plus fréquemment invoqués, on retrouve la perte du logement (évacuation, démolition, incendie, incapacité de payer), les mauvaises conditions de logement, l'incapacité de se reloger, la perte du soutien familial, amical ou charitable, les failles du système de suivi, la perte de revenu et la violence familiale.

Dans une étude comparative effectuée auprès de familles itinérantes et domiciliées pauvres, Shinn [32] a tenté d'identifier les facteurs pouvant expliquer le fait que certaines familles se retrouvent à la rue. Ces résultats montrent que l'âge, le fait d'être enceinte, une rupture avec la famille ainsi que le fait d'avoir été victime d'agressions sont des facteurs individuels associés à la perte du logement. Parmi les facteurs de type structurel, l'auteure cite le fait de ne pas avoir eu de logement stable pendant un an, d'avoir vécu en «doubled-up» c'est-à-dire d'avoir habité chez des amis ou parents, et d'avoir habité dans un endroit surpeuplé.

L'interaction entre ces deux types de facteurs crée une situation où un nombre de plus en plus grand de personnes risquent de se retrouver à la rue de façon ponctuelle ou permanente.

Les effets des développements exposés plus haut sont triples:

- une augmentation du nombre de personnes dont l'habileté à composer avec des événements perturbateurs a été mise à l'épreuve et probablement affaiblie par une ou plusieurs ruptures (dislocations) dans leur vie personnelle;

- une possibilité accrue que ces personnes vulnérables rencontrent encore davantage des situations de stress, ce qui perturbera encore plus leur mode de vie habituel;
- une réduction significative des ressources disponibles - en particulier le logement - à l'intention des personnes qui vivent des situations de crise («sorely straitened»):

Le résultat final de ces développements est une marginalisation croissante de secteurs importants de la population urbaine et, concurremment, une diminution des possibilités d'assistance de la part des secteurs privés et publics.

«Baxter et Hopper [33]: 33»
(traduction de l'auteure)

Les individus et les familles qui ont habituellement peu de ressources et encore moins de réserves sur ce plan, se trouvent constamment au bord du désastre économique. Chez ces personnes, dont l'équilibre social et économique est si fragile, un événement majeur ou même mineur peut conduire à l'itinérance. De plus, ces personnes aux ressources limitées ne peuvent pas, le plus souvent, absorber les contrecoups des déboires économiques et psychologiques d'un des membres de la famille, qui, à la suite du chômage, de problèmes de santé mentale ou de toute autre raison se retrouve en difficulté. Lorsque les réseaux de soutien se trouvent appauvris ou débordés («brittle»), les risques d'itinérance sont encore plus élevés.

«Koegel [34]: 22»
(traduction de l'auteure)

2.2.4 Un modèle écologique

Morse [35] propose un modèle à 6 niveaux illustrant divers facteurs dont l'interaction contribue à l'itinérance. Ces niveaux sont les suivants: culturel, institutionnel, communautaire, organisationnel, de groupe et individuel. Au niveau culturel, l'auteur explique que la surreprésentation des minorités culturelles au sein de la population itinérante est une indication que la discrimination raciale puisse être un facteur qui contribue au phénomène de l'itinérance (difficulté supplémentaire à se trouver un emploi, à se loger, etc.)

Au niveau institutionnel, l'auteur identifie des facteurs multiples. En ce qui concerne l'emploi, il affirme qu'il n'existe sans doute pas de relation causale linéaire entre la situation économique et l'itinérance puisque les variations à la baisse du taux de chômage n'ont pas entraîné une diminution du nombre d'itinérants. Ces fluctuations auraient peu d'effet sur les itinérants en raison de leur sous-qualification et de leurs expériences de travail limitées. L'auteur identifie ensuite les facteurs reliés au logement («housing»), c'est-à-dire la diminution des logements à prix modique, de même que la diminution des capacités des personnes à payer leur loyer. Il identifie également des facteurs reliés au système d'assistance sociale (critères d'éligibilité excessivement rigides, cessation de l'aide financière, etc.) et au système de santé mentale (politiques inadéquates, désinstitutionnalisation, programmes communautaires inutilement coercitifs et restrictifs, exclusion de certaines catégories d'itinérants dans les programmes, délais dans la dispensation des services). Il évoque des facteurs reliés au système pénal (manque de soutien auprès des personnes qui sortent des institutions carcérales et manque d'expérience des juges à l'égard de l'itinérance), aux services de traitement d'abus de substances et enfin des facteurs «autres» reliés notamment au manque de coopération et de coordination entre les différents services du système institutionnel.

Le niveau communautaire porte, d'une part, sur la conversion des quartiers ayant une forte concentration de logements à prix modique en quartiers pour la «classe moyenne» et en quartiers commerciaux, et d'autre part, sur le non-remplacement de ces logements à prix modique.

Au niveau organisationnel, l'auteur souligne les problèmes qui ont trait aux critères d'éligibilité de divers services (avoir une adresse permanente, etc.), et qui constituent des obstacles à l'accessibilité des itinérants à ces services. Il traite également des problèmes reliés à la dispensation des services (manque de suivi, accessibilité difficile pour les personnes avec des habiletés intellectuelles moindres, services inadéquats) ainsi qu'à la cessation de ces services.

Au niveau du groupe, Morse se réfère aux expériences familiales des itinérants et au manque de soutien social. Enfin, au niveau individuel, il mentionne les problèmes reliés aux caractéristiques individuelles (problèmes d'alcool, de santé physique et mentale, etc.), aux facteurs de choix personnel (préférence de la rue aux conditions déshumanisantes des refuges, absence d'alternatives satisfaisantes) et aux facteurs d'adaptation (intégration de comportements favorisant le maintien de l'itinérance). La plupart de ces facteurs contribuent à la fois à causer l'itinérance et à maintenir la personne dans cette condition de vie.

2.2.5 Une approche critique

Certains auteurs ont apporté une réflexion critique de l'étiologie sociale ou individuelle de l'itinérance. Ainsi, pour Hopper [36], le concept même d'itinérance résulte d'un construit social. Il explique, par exemple, que ce qui définit l'itinérance est notamment déterminé culturellement. Ainsi, les personnes qui habitent les *favelas* d'Amérique latine ou encore celles qui logent dans des abris de fortune construits sur les trottoirs de Bombay et qui jouent un rôle économique incontestable apparaissent peut-être itinérantes d'un point de vue occidental mais assurément pas du point de vue de ces personnes. Il en est de même des Gitans et des Romanichels qui, par définition, n'ont pas de domicile fixe et vivent en marge de la société.

Shinn [32], pour sa part, soutient que les devis de certaines études donnent un poids démesuré aux facteurs individuels dans la genèse de l'itinérance. Par exemple, il se fait, selon elle, trop d'études transversales. Ces études ne permettent pas d'analyser le processus dynamique de la vie des itinérants et elles surreprésentent les personnes qui sont itinérantes depuis longtemps. De plus, la plupart des études n'ont pas de groupes de comparaison, ce qui rend difficile la distinction entre les problèmes reliés à l'itinérance et ceux qui sont reliés à la pauvreté. Enfin, on a de la difficulté à déterminer si les problèmes d'alcool et de drogue, de maladie mentale et d'absence de réseau social font partie des causes ou des conséquences de l'itinérance. L'auteure présente en outre des statistiques de pauvreté et de logement et démontre que certains segments de la population se sont beaucoup appauvris (enfants, jeunes familles, familles monoparentales) en même temps que le nombre de logements à prix modique a dramatiquement chuté. Shinn se demande non pas pourquoi il y a des itinérants, mais plutôt pourquoi il n'y en a pas davantage? En fait, elle se demande comment les individus et les familles pauvres peuvent continuer à vivre dans leur logement, compte tenu du prix élevé de celui-ci et de leurs maigres revenus.

Chapitre 3

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Louise FOURNIER et Micheline OSTOJ

Les chercheurs qui veulent mener des études auprès de populations sans abri sont confrontés à de nombreuses difficultés méthodologiques. La définition de la population, sa représentativité, la mesure des différentes dimensions de l'étude et le suivi longitudinal font partie des aspects méthodologiques les plus importants à considérer. Chacun de ces aspects risque d'affecter la fiabilité ou la validité des données recueillies dans ces études.

3.1 LE PROBLÈME DE LA DÉFINITION DE LA POPULATION

Un des problèmes les plus documentés dans les écrits qui ont trait à l'itinérance est celui de la définition de la population. Plusieurs ont signalé le problème de l'absence de consensus entourant la définition de l'itinérance [37-41]. Une première conséquence de cette absence de consensus est qu'il devient difficile de comparer les études entre elles ou de généraliser les résultats d'une étude [37, 38, 41, 42]. Une deuxième conséquence a trait au fait que la définition choisie affectera l'estimation du nombre d'itinérants dans un espace donné [39]. À cet effet, Morrison [43] a démontré l'impact significatif que des définitions différentes pouvaient avoir sur la proportion de personnes trouvées itinérantes parmi un échantillon de 100 sujets souffrant de troubles mentaux. Par exemple, en utilisant la définition de Lipton et al. (1988), qui considèrent qu'est sans abri une personne qui a été sans domicile fixe pendant au moins 90 jours, 22% des sujets étaient désignés itinérants. En utilisant celle de Gelberg et al. (1988), pour qui le sans-abri est une personne qui a été sans domicile fixe au cours de la dernière nuit, 57% étaient qualifiés itinérants. Hopper [36] a fait le même type de démonstration avec un échantillon de sujets provenant d'une «soupe populaire» et est arrivé à des conclusions semblables.

Chamberlain et Mackenzie [44] ont montré comment la définition de l'itinérant a varié à travers les décennies. Par exemple, celle des années '60 était centrée sur les gens qui vivaient dans les *skid rows*, particulièrement ceux qui vivaient dans les chambres à bon marché. La notion de désaffiliation tenait alors une place importante dans cette définition: le manque d'intégration dans la communauté, le faible lien avec la famille, les amis et le réseau communautaire caractérisaient ces gens. Vers la fin des années '70 et le début des années '80, le nombre d'itinérants avait augmenté et de nouveaux groupes apparaissaient au sein de la population itinérante. La tendance a alors été de trouver une définition plus large et inclusive. L'accent fut alors mis sur la perception que les personnes avaient d'elles-mêmes, c'est-à-dire si elles se définissaient ou non comme itinérantes. Vers le milieu des années '80, l'itinérance étant devenue de plus en plus visible, les médias se sont emparés de cette réalité et des chiffres peu fiables ont commencé à circuler un peu partout. La tendance a alors été d'utiliser une définition plus conservatrice, plus restrictive de l'itinérance. C'est

alors qu'on a commencé à parler d'itinérance «littérale», c'est-à-dire au sens strict. Cette définition incluait deux groupes: ceux qui dorment dans les refuges et ceux qui dorment dans la rue, les endroits publics, les voitures ou les maisons abandonnées.

Les grandes études de cette époque offrent plusieurs exemples d'opérationnalisation de ce type de définition. Rossi et al. [45], dans un célèbre recensement effectué à Chicago, définissent le sans-abri comme une personne résidant d'un refuge pour itinérants ou encore une personne qui, dans un secteur géographique donné, n'est ni locataire ni propriétaire d'une unité de logements conventionnels (*i.e.* un appartement, une maison, une chambre, une maison mobile ou d'autres types de structure résidentielle). Pour Farr et al. [46], une personne est sans abri si elle a été hébergée dans une mission ou un refuge et si elle n'a loué ni chambre, ni appartement ou n'a habité une maison lui appartenant au cours des 30 derniers jours. Pour Roth et al. [47], cette définition s'applique à une personne qui dort ou vit: 1) dans la rue, peu importe la période de temps (par exemple, sous les ponts, dans des terminus, dans des voitures, dans des maisons abandonnées); 2) dans une mission ou un refuge régi par une organisation religieuse ou une agence publique, peu importe la période de temps; 3) dans un hôtel ou un motel bon marché si la durée de séjour effective ou prévue ne dépasse pas 45 jours; 4) dans d'autres types de situation qui n'entrent pas dans les catégories 1 à 3 mais où la durée de séjour actuelle ou prévue ne dépasse pas 45 jours (par exemple, demeurer chez des membres de la famille ou chez des amis, passer une nuit en prison). De plus, l'équipe de Roth excluait de leur définition la clientèle des centres pour femmes battues, les gens qui, à cause d'un travail saisonnier, vivaient chez des amis ou des parents le temps nécessaire pour eux de reprendre leur emploi ou encore, les voyageurs qui avaient une adresse permanente quelque part.

La tendance actuelle, selon Dennis [48], est d'élargir la définition afin d'inclure toutes les catégories du continuum. Cordray et Pion [40] citent la définition du *McKinney Act* qui inclut, en plus des deux grandes catégories d'itinérants (ceux qui sont dans les refuges et ceux qui sont dans la rue), les sans-abri qui sont dans les institutions psychiatriques si, au moment de leur sortie, ils n'ont pas de domicile. La définition du *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) est plus large que celle du *McKinney Act* et inclut les personnes qui habitent temporairement chez des amis, des connaissances ou des membres de la famille («doubled-up» selon la terminologie américaine).

A travers cette variété de définitions, on observe que plusieurs dimensions peuvent ou non être considérées et qu'il y a des divergences à l'intérieur même de ces dimensions. Une première dimension, reconnue de manière relativement constante selon ces diverses définitions, est l'absence de logement permanent [38, 48, 49]. Bien qu'elle fasse l'objet d'un certain accord parmi les auteurs, certains s'écartent néanmoins de l'interprétation la plus fréquente donnée à cette dimension et incluent, par exemple, des personnes qui vivent dans les maisons de chambre. Cette tendance, que l'on retrouve même dans les études récentes, tient probablement au fait que ces chambreurs sont considérés comme étant susceptibles de se retrouver sans logement. De plus, ce type d'habitation est souvent utilisé en alternance avec la condition de sans-abri.

Une deuxième dimension fréquemment présente dans les définitions de l'itinérance et variant souvent d'une étude à l'autre est la dimension spatiale [48, 49]. La nécessité de définir cette population de manière opérationnelle avant d'entreprendre une étude, a conduit plusieurs chercheurs à définir cette population en fonction des endroits que fréquentent les itinérants. Dennis [48] parle d'un continuum spatial qui s'étend des gens de la rue et des refuges à ceux qui échangent des faveurs sexuelles pour avoir un abri, qui ont un logement précaire, qui vivent dans des maisons de chambres ou qui sont hébergés chez des amis ou des parents. D'autres inclueront les personnes vivant temporairement en institution - qui étaient sans abri au moment de leur admission ou qui se retrouveront sans abri au moment de leur sortie - ou encore ceux qui fréquentent les «soupes populaires». En outre, certains exigeront que les sujets sélectionnés soient sans logement

permanent au moment de l'étude alors que d'autres inclueront l'ensemble de la population qui se trouve dans ces sites.

La troisième dimension souvent considérée dans les études est la dimension temporelle [48]. Par exemple, Farr et al. [46] ont exigé que les sujets choisis pour leur étude aient été sans logement depuis une période minimale de 30 jours alors que Roth et al. [47] ont fait varier ce critère en fonction du site où la personne était recrutée.

Une dernière dimension fréquemment mentionnée pour définir l'itinérant est la désaffiliation [38, 41, 49]. Cette dimension a l'avantage de pouvoir exclure des personnes qui, bien qu'elles soient sans logement permanent, sont très bien intégrées socialement: par exemple, des personnes qui se promènent de ferme en ferme pour travailler ou encore les membres d'une tribu indienne qui vivent sous les ponts. Cependant, cette dimension demeure théorique en raison de la difficulté de l'opérationnaliser.

Cette variation dans les définitions de la population itinérante et cette absence de consensus sont attribuables à plusieurs raisons. L'une d'elle réside dans le fait qu'il s'agit d'une population hétérogène [42] qui varie dans le temps et dans l'espace. En effet, la population itinérante n'est pas composée du même type de personnes aujourd'hui qu'elle l'était en 1960 et elle n'est pas la même selon que l'on se trouve à Rio de Janeiro ou à Montréal.

Une autre raison qui permet d'expliquer la diversité des définitions de l'itinérance a trait aux buts poursuivis par ceux qui veulent connaître cette population [42, 44]. Par exemple, le planificateur de services s'intéressera au nombre de personnes dans le besoin parce qu'il doit planifier la gamme de services nécessaires. Il optera probablement pour une définition large de l'itinérance, incluant des personnes qui ne sont pas strictement sans logement. Ce type de définition lui permettra de connaître les besoins tant sur le plan de la prévention primaire que sur celui de la prévention secondaire ou tertiaire. Par contre, celui qui cherche à comprendre les causes liées à la perte d'un logement stable pourra préférer une définition plus stricte, de manière à s'assurer que tous les sujets étudiés soient actuellement sans logement.

Enfin, il y a aussi la difficulté d'opérationnaliser certaines définitions théoriques [42, 44]. Nous avons déjà donné l'exemple de la difficulté d'opérationnaliser une définition fondée sur la désaffiliation.

Laberge et Roy [37] concluent que la recherche d'une définition commune est impossible en raison de l'absence d'une théorie générale du phénomène. D'autres, comme Cordray et Pion [40], affirment plutôt qu'il faut abandonner l'idée d'une définition acceptée par tous car la conception de l'itinérance varie toujours en fonction du temps, des cultures et des raisons pour lesquelles on effectue une étude de cette population (évaluation des besoins de services, intention d'établir des politiques de planification, etc).

3.2 LE PROBLÈME DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DE LA POPULATION

Un deuxième problème méthodologique, qui se manifeste avec acuité dans les études descriptives sur l'itinérance, est celui de la représentativité de la population. Trois aspects affectent la représentativité d'une étude: 1) la couverture des sites où se trouve cette population; 2) le mode de sélection des sujets; et 3) la taille de l'échantillon.

Dans une critique méthodologique des études publiées sur l'itinérance entre 1964 et 1986 (75 articles), Milburn et Watts [50] relèvent que 15% des auteurs ne mentionnaient pas le site de leur étude et que dans 44% des cas, ces études avaient été effectuées dans des refuges, 40% dans d'autres endroits, tels que les maisons de chambre, les missions, les bars et 20% dans des «soupes populaires» ou dans des centres de distribution de nourriture. Ces résultats montrent bien la

diversité des sites où se déroulent les études et mettent en lumière le problème de la comparaison des résultats entre différentes études.

Le type de représentativité des sites risque d'avoir un effet sur la précision des résultats obtenus. Dans ce sens, Fournier et al. [51] ont examiné l'impact de différents types de représentativité de l'échantillon sur la prévalence des troubles mentaux. Leurs résultats montrent qu'une représentativité complète de tous les sites où se trouvent les itinérants est moins importante qu'un choix judicieux des sites. En effet, les auteurs ont démontré que le fait de représenter la population itinérante en tirant un échantillon de sujets dans un seul site particulier pouvait amener une sur-estimation ou une sous-estimation de la prévalence des troubles mentaux. Il n'est pas rare que les études aient ainsi été menées dans un seul refuge. Le problème se pose parce que chaque refuge attire une population particulière, que ce soit en raison des règlements de la maison ou en raison des services spécifiques qui y sont offerts. Comme le soulignaient Laberge et Roy [37], l'échantillon sélectionné dans un seul refuge n'est représentatif que d'un segment de la population itinérante. Il s'agit alors d'un échantillon de personnes utilisant un service donné. Par ailleurs, Fournier et al. [51] signalaient aussi qu'il n'est pas nécessaire non plus de représenter de manière exhaustive tous les sites où se trouvent les itinérants. Ils ont montré que la représentation de sites tels que les «soupes populaires» ou les centres de jour, en plus des refuges, n'était pas nécessaire si la représentation visée était uniquement celle des personnes actuellement sans abri (dans le sens strict).

Dans le cas où l'échantillon est tiré de plusieurs sites, quelle part de celui-ci doit être tirée de chacun? Sur quelles bases prendra-t-on cette décision? Doit-on tenir compte du recoupement des clientèles entre les sites? La durée de séjour variant d'un centre à l'autre, la taille de l'échantillon dans chacun des centres doit-elle être proportionnelle au nombre de lits ou au nombre de personnes différentes qui occupent ces lits? Voilà le type de questions que se pose le chercheur soucieux de bien représenter cette population.

Burnam et Koegel [52] ont tenté de répondre à ces questions en développant une méthode d'échantillonnage des itinérants parmi l'ensemble des ressources s'adressant à cette population. Leur but était d'arriver à un échantillon représentatif, c'est-à-dire où chaque individu sans abri avait une probabilité égale d'être choisi. La première étape a été de faire l'énumération de cette population parmi les différents sites. La période couverte par l'énumération était de 30 jours plutôt que d'une seule journée. Cela donnait aux personnes qui avaient de très courtes périodes d'itinérance une meilleure chance d'être choisies. Une stratégie complexe d'énumération a été élaborée de manière à éliminer les recouvrements possibles de la clientèle entre les différentes ressources de services. À partir des données de cette énumération, l'étape suivante a consisté à déterminer la proportion de l'échantillon qui devait être allouée à chacune des ressources. Les avantages de cette méthode, selon les auteurs, résident dans le fait qu'elle est relativement peu coûteuse et qu'elle donne une meilleure approximation d'un échantillon représentatif que celle utilisée dans d'autres études. Cette méthode comporte toutefois certaines limites. Celles-ci sont de trois ordres: 1) les personnes qui n'utilisent jamais les services ne sont pas représentées; si ces dernières sont très différentes de celles qui utilisent les services et si elles sont nombreuses, cela pourrait affecter les résultats; 2) étant donné que la période couverte est d'un mois et que la clientèle itinérante varie en fonction des saisons, il se peut que l'échantillon ne représente que la clientèle d'été, par exemple, si l'étude s'est déroulée pendant cette saison; 3) si certains des organismes refusent de participer, il se peut qu'une partie de la population soit mal représentée, comme cela s'est produit chez les femmes dans leur étude.

Inspirée de ces auteurs, Fournier [53] a développé et utilisé une méthode similaire pour échantillonner la population itinérante de Montréal. Dans cette étude, cependant, la période couverte était d'un an et tous les centres, à l'exception d'un centre de petite taille, ont accepté de participer. L'auteure considère que la proportion des personnes itinérantes qui n'utilisaient jamais les centres desservant ces personnes à l'époque où son étude a été effectuée était relativement négligeable.

La plupart des études ont été menées dans les refuges mais un certain nombre ont aussi été menées dans d'autres types de sites. Dennis [48] a examiné la faisabilité, la validité et le rapport coût-efficacité d'une série de 14 enquêtes effectuées dans des endroits autres que les refuges, tels que les endroits publics, les terminus, les gares, les immeubles abandonnés, les hôpitaux, les prisons, etc. Il conclut qu'il est faisable d'échantillonner et d'enquêter dans ce type d'endroits. La sélection des endroits non conventionnels doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments, tels que les questions qui sont posées dans le cadre de l'étude, les services existant dans la région et les biais de sélection possibles de la clientèle qui fréquente ces services. Enfin, Dennis convient que les enquêtes menées dans ce type d'endroits sont habituellement plus coûteuses, compte tenu de l'organisation nécessaire à mettre en place pour les réaliser.

Un autre élément qui peut affecter la représentativité de la population est celui de la sélection des sujets [42, 54]. Une sélection aléatoire est certes l'idéal mais une majorité d'études ont été effectuées auprès d'échantillons de volontaires [50]. Dans certains types d'études, par exemple les études sur la prévalence des troubles mentaux, cela peut produire un biais considérable. Comme le signalaient Levine et Lezak [41], plusieurs itinérants souffrant de maladie mentale vont éviter les nouveaux visages qui circulent dans le secteur. Ainsi, un échantillon composé de volontaires ne permettra pas de représenter ce type de personnes.

Enfin, la taille de l'échantillon est un dernier élément important pouvant mettre en danger la représentativité d'une population. Un grand nombre d'études descriptives menées auprès des itinérants ont été effectuées avec des échantillons très petits [42].

3.3 LE PROBLÈME DE LA MESURE

3.3.1 Fiabilité des informations recueillies

La population itinérante étant composée de personnes qui, très souvent, présentent des problèmes d'alcool, de drogue, de santé mentale ou encore de délinquance, la fiabilité des réponses venant de tels individus peut être contestable.

Nous avons répertorié cinq études [55-59] qui ont permis de tester la fiabilité des réponses fournies par les itinérants. Bien que ces études diffèrent en ce qui a trait aux dimensions mesurées, elles arrivent sensiblement à la même conclusion: la fiabilité des réponses est relativement acceptable. Cependant, chaque étude fournit des informations plus spécifiques que nous résumerons ici.

Dans l'étude de Bahr et Houts [55], menée auprès d'un échantillon de plus de 400 itinérants, les données obtenues en entrevue ont été comparées aux données inscrites dans les fichiers du refuge. Les auteurs rapportent que certains types de questions offrent une moins grande fiabilité que d'autres. Par exemple, le taux le plus élevé de réponses divergentes (70%) a été obtenu aux questions exigeant de se rappeler une date spécifique alors que le taux le plus faible (environ 6 à 8%) a été observé aux questions concernant l'identité (ex: préférence religieuses, statut matrimonial). Ces auteurs notent aussi que la capacité de fournir des réponses exactes est influencée par la complexité des informations demandées et l'aspect récent de ces informations. Enfin, ils observent que chez cette population, la désirabilité sociale joue de la même manière que chez d'autres populations.

Dans l'étude de Annis [56], 72 itinérants sélectionnés dans deux centres de désintoxication ont été interrogés à deux reprises (1 à 6 mois d'intervalle entre les deux). L'auteur observe que le taux le plus élevé de réponses concordantes a été obtenu, par ordre décroissant, aux questions touchant les informations socio-démographiques (90%), l'occupation actuelle d'un travail et la fréquence habituelle de consommation d'alcool (85%), le nombre de mois en traitement (75%), le type de logement qu'ils ont habité (65%) et enfin, le nombre de mois passés en prison au cours de

la dernière année (58%). Ces résultats amènent l'auteur à conclure que la fiabilité des réponses est, en général, très bonne.

Dans l'étude de Calsyn et al. [57], 38 itinérants présentant des troubles mentaux ont été interrogés à chaque mois pendant une période variant de 12 à 18 mois. Les auteurs ont observé que les coefficients test-retest étaient positifs (exemples: BSI=.96, revenus=.99, nombre de jours sans-abri=1.00) et la consistance interne acceptable, sauf pour les mesures d'estime de soi et d'ajustement interpersonnel. Ainsi, ils ont conclu que les informations recueillies auprès d'itinérants ayant des problèmes de santé mentale sont fiables.

Dans l'étude de Drake et al. [58], 189 itinérants présentant des problèmes d'abus de substances ont répondu à deux reprises (à une semaine d'intervalle) à des questions provenant de trois instruments standardisés - le «Addiction Severity Index» (ASI), le «Alcohol Dependence Scale» (ADS) et le «Personal History Form» (PHF). Les auteurs ont noté que la fiabilité test-retest de ces trois instruments était assez élevée (>.60). En ce qui concerne le ADS et le ASI, les coefficients de corrélations intraclasse étaient comparables à ceux obtenus auprès des populations toxicomanes non itinérantes. Par contre, la fiabilité des items individuels des trois instruments était souvent faible et parfois même inacceptable. Dans l'échelle PHF, par exemple, les items reliés à l'histoire de vie étaient moins fiables que ceux reliés à des événements récents. De même, les items subjectifs ou nécessitant des inférences de la part du répondant étaient moins fiables. Par conséquent, la fiabilité était plus faible concernant les questions reliées aux causes de leur itinérance. Les auteurs mentionnent que la faible fiabilité test-retest concernant les items individuels du ASI pourrait être attribuable au fait que certains de ceux-ci ne sont pas appropriés pour ce type de population, compte tenu que cette fiabilité est habituellement bonne auprès de populations non itinérantes. Enfin, les auteurs ont analysé l'impact, sur la fiabilité des réponses, de certains facteurs reliés aux sujets. Ils ont observé qu'une fiabilité plus grande était reliée au fait d'être plus jeune, de sexe féminin, d'en être à son premier épisode d'itinérance et de ne pas présenter de problèmes psychiatriques sévères.

Dans l'étude de Shanks [59], 150 itinérants ont été interrogés à six mois d'intervalle sur des thèmes tels que l'âge, la nationalité, la religion, l'éducation, l'histoire institutionnelle, l'histoire sociale et médicale et l'histoire familiale. Les sujets étaient répartis selon trois groupes: 1) des sujets très familiers avec l'interviewer; 2) des sujets qui n'avaient jamais eu de contacts avec l'interviewer mais qui savaient, par l'intermédiaire de leurs pairs, que ce dernier était un officier médical; 3) des sujets qui ne connaissaient ni l'interviewer ni sa fonction. Les résultats montrent que le taux de réponses divergentes était plus faible chez les personnes du premier groupe (0,2%), beaucoup plus élevé pour celles du deuxième (15,9%) et encore plus élevé pour celles du troisième (39,2%). Sur la base de ces résultats, l'auteur conclut à la nécessité, pour l'interviewer, d'établir une relation solide avec ce type de population, s'il veut obtenir des réponses fiables.

3.3.2 Validité des instruments choisis

Plusieurs auteurs ont soulevé le problème de la validité des instruments utilisés dans les enquêtes menées auprès des itinérants [41, 42, 50, 54, 60]. Selon Levine et Lezak [41], une des limites importantes de la recherche auprès des itinérants est la quasi-absence d'instruments validés auprès de cette population. Ces auteurs soulèvent le problème du clivage culturel entre les chercheurs et les itinérants, les valeurs, les normes et les comportements n'étant pas les mêmes pour ces deux groupes. Selon eux, des études ethnographiques pourraient améliorer la compréhension des chercheurs et réduire le fossé qui sépare ces derniers de la population itinérante. Dans le même sens, Verdevoe et al. [54] proposent de valider le contenu de certains questionnaires par l'entremise de *focus groups*. Les questionnaires pourraient ainsi être modifiés pour mieux répondre au niveau culturel de la population visée.

D'autres ont soulevé des problèmes plus spécifiques de mesure tels que celui des troubles mentaux [42, 50]. À la suite de l'analyse de la méthodologie utilisée dans 75 études publiées entre 1964 et 1986, Milburn et Watts [50] constatent que les trois-quarts de ces études n'utilisaient pas d'instruments publiés et offraient peu d'informations sur les procédures utilisées pour faire l'évaluation clinique. Par exemple, plusieurs ne mentionnaient pas la façon dont le diagnostic avait été posé ni la personne qui l'avait fait. De plus, parmi les études qui mentionnaient les procédures utilisées, il était fréquent que le jugement du personnel de la ressource (habituellement des non-professionnels) soit la seule source d'information pour obtenir une idée globale de l'état mental de l'itinérant. Enfin, parmi les études où un instrument standardisé avait été utilisé pour établir le diagnostic psychiatrique, aucune ne vérifiait la validité ou la fiabilité de cette méthode. Certains ont remis en question ce type d'instruments, disant qu'ils mesuraient davantage la façon dont les individus sans abri s'adaptent à leur condition difficile que la présence de troubles mentaux [42].

3.4 LE PROBLÈME DES SUIVIS LONGITUDINAUX

Levine et Lezak [41] en 1985, dans un rapport sur les études subventionnées par le *National Institute for Mental Health* (NIMH), ont souligné le besoin d'études longitudinales pour mieux connaître la population itinérante souffrant de troubles mentaux. Ces auteurs reconnaissaient néanmoins la difficulté de faire le suivi d'une telle population et les coûts élevés de ce type de recherche. Dennis et al. [61] en 1991, préoccupés par le problème de l'itinérance chez les personnes souffrant de troubles mentaux, ont également souligné la nécessité d'encourager les études longitudinales. Selon eux, seules ces études peuvent permettre de comprendre les causes et les conséquences de l'itinérance, la relation entre celle-ci et la maladie mentale, la relation entre le manque de services communautaires et l'itinérance, la durée de celle-ci de même que l'impact des facteurs socio-économiques sur elle. Rossi [62] en 1991, dans son texte portant sur les stratégies de recherche des années '90, proposait que la priorité soit donnée aux études longitudinales. Il reconnaissait lui aussi que ce genre d'études n'était pas facile à effectuer auprès de cette population. Il cite néanmoins deux études qui ont obtenu, selon lui, d'assez bons résultats quant au nombre de personnes retrouvées.

Depuis ce temps, plusieurs études longitudinales ont été entreprises auprès de la population itinérante. Il y a encore peu de résultats publiés dans les revues scientifiques. Par contre, un certain nombre de chercheurs ont commencé à présenter leurs résultats dans les grands congrès. Par exemple, au dernier congrès de l'American Public Health Association (APHA), une demi-journée a été consacrée aux études longitudinales [63-69]. Les résultats de ces études sont très encourageants au regard du taux de personnes itinérantes retracées après une période variant de un à cinq ans. En effet, la plupart arrivent à des taux dépassant 70%, ce qui est comparable à ce que l'on peut trouver dans les études longitudinales menées auprès de populations domiciliées. Cependant, tous reconnaissent que l'obtention de tels taux nécessitent des efforts considérables. Nous illustrerons ici plus en détails les techniques utilisées dans ces études à partir de deux recherches dont les résultats ont été publiés dans des revues scientifiques.

La première étude, publiée en 1992 par Gwadz et Rotheram-Borus [70], a été menée auprès de 300 fugueurs et 139 homosexuels, tous adolescents, qui participaient à un programme de prévention du SIDA. Après quatre années de suivi, 88% des fugueurs et 95% des homosexuels avaient été retracés. Les auteurs expliquent que pour obtenir une telle réussite, le travail doit commencer avant même le recrutement des sujets, par l'établissement de bonnes relations avec les intervenants des ressources qui accueillent cette population. Ces bonnes relations permettront par la suite d'obtenir plus facilement des informations qui aideront à faire le suivi. Au moment de l'entrevue, il est important d'obtenir et de consigner le maximum d'informations qui permettront de retracer les sujets, telles que le nom et l'adresse de personnes de référence que les chercheurs pourront contacter. La signature d'un formulaire de consentement au moment de l'entrevue est nécessaire pour pouvoir utiliser par la suite toutes les sources de données disponibles sur un sujet. Plusieurs techniques ont été utilisées par ces chercheurs pour retracer les sujets: formation des

interviewers par un détective privé, envoi de plusieurs lettres, somme d'argent donnée aux membres de la famille qui fournissaient une adresse ou un numéro de téléphone, tirage de \$100 auquel les sujets retracés devenaient éligibles, utilisation de l'annuaire téléphonique et de l'annuaire Cole, un bulletin trimestriel, un objet (bracelet, ceinture, carte d'affaire lumineuse) qui leur rappelle l'étude, petites annonces dans les journaux ou à la radio, etc. Diverses agences gouvernementales ou locales ont été contactées, par exemple les services sociaux pour les jeunes, les refuges, le Département de la justice, la police, les collèges et universités. Les interviewers étaient formés de manière à pouvoir fournir certaines formes d'aide aux jeunes, telles que négocier des services sociaux pour les jeunes, les aider à trouver un logement, les référer pour des traitements de problèmes de drogues, des soins de santé ou d'autres services. Ce type d'aide a permis de garder contact avec certains jeunes. Les auteurs reconnaissent que ces techniques de suivi, fondées sur des principes de récompenses et d'incitatifs, coûtent cher et devraient être réservées pour de grandes études.

La deuxième étude, publiée en 1993 par Cohen et al. [71], a été menée auprès de 163 itinérants qui souffraient de troubles mentaux et qui participaient à un programme d'intervention de type «agent de liaison». Après l'entrevue initiale, deux entrevues de suivi étaient prévues, respectivement 4 et 12 mois plus tard. Après quatre mois, 86% des sujets avaient été retrouvés et 76% ont fait l'entrevue. Après 12 mois, 83% des sujets avaient été retracés et 68% ont fait l'entrevue. Dans cette étude, plusieurs stratégies ont été utilisées pour arriver à une telle réussite, par exemple: des contacts informels avec les répondants un mois avant la première entrevue, des contacts avec le personnel des ressources, l'utilisation des dossiers (services communautaires, unités d'urgence, justice locale, etc) pour fournir des pistes, le fait que chaque sujet ait été suivi par le même interviewer tout au long de l'étude, un incitatif de \$5 en coupons de nourriture à la première entrevue et de \$10 à la deuxième et l'utilisation d'une personne intermédiaire pour faciliter les choses et rassurer le sujet. Le lieu de l'entrevue devait tenir compte du fait que le sujet s'y sente à l'aise et l'interviewer en sécurité. La plupart des entrevues ont été faites dans les centres où les sujets recevaient des services ou dans des restaurants. Lorsque l'entrevue devait se faire au domicile du sujet, l'interviewer était accompagné. À la suite de cette expérience, les auteurs ont formulé certaines recommandations pour les recherches futures: ce type d'étude coûte cher et il est nécessaire d'avoir suffisamment d'argent; un incitatif matériel ou financier pourrait être donné au personnel des ressources qui collabore avec les chercheurs; équiper les interviewers de matériel plus sophistiqué, comme un téléphone cellulaire, de manière à ce qu'ils puissent être rejoints facilement. Les auteurs ont également mentionné certains indicateurs qui permettent de prédire la participation d'un sujet à une étude longitudinale: 1) son niveau d'engagement dans le programme: plus il est régulier, plus les chances de le retrouver sont grandes; 2) son degré d'isolement: ceux qui ont vécu seul en logement pendant une certaine période sont plus difficiles à retracer; 3) son degré de stabilité: ceux qui ont vécu à l'extérieur de la région durant une certaine période sont aussi plus difficiles à retracer. Les sujets qui avaient un problème d'alcool ou de drogues étaient plus difficiles à retrouver au suivi à 4 mois, mais non à celui de 12 mois.

Ces deux études ont en commun d'être des suivis dans le cadre d'un programme d'intervention. Cela pourrait expliquer en partie leurs taux élevés de réussite. Cependant, parmi les études présentées au dernier Congrès de l'APHA, plusieurs sont des études longitudinales menées en dehors du cadre d'une intervention quelconque et il semble bien que ce taux de réussite se maintienne. Ce sont là des résultats très encourageants.

3.5 CONCLUSION

Ce chapitre a permis de résumer quelques problèmes méthodologiques rencontrés fréquemment dans les études menées auprès de populations itinérantes. Il y en a bien d'autres mais notre but était simplement de mettre en garde le lecteur quant à l'interprétation des données

provenant de ces études. Il pourra mieux comprendre également que les résultats peuvent varier considérablement d'une étude à l'autre et qu'il serait imprudent de généraliser ceux-ci à partir d'une seule étude.

Partie II
LA POPULATION ITINÉRANTE

Chapitre 1

IMPORTANCE DU PHÉNOMÈNE

Louise FOURNIER

Dans la littérature qui porte sur l'itinérance, plusieurs auteurs donnent des estimations divergentes du nombre de sans-abri dans une ville donnée. La plupart de ces estimations varient souvent du simple au double ou même au triple et ne semblent pas être proportionnelles au nombre d'habitants dans une ville. Par exemple, le chiffre de 36 000 personnes sans abri à New York est cité par un grand nombre d'auteurs [72-75]. À Washington, une ville de 800 000 habitants, les estimations varient de 5 000 à 10 000 personnes sans abri [76]. Dans une ville d'un peu plus d'un million comme la Nouvelle-Orléans, le nombre des sans-abri est évalué à 4 000 [77]. À Boston, le nombre de sans-abri serait entre 4 000 et 8 000 pour une ville de 665 000 habitants [78]. À Los Angeles, il y aurait 34 000 personnes sans abri pour une ville de près de 3 millions d'habitants selon Mulkern et Spence [79] et selon Stoner [80], ou de 7 000 à 20 000 selon différentes estimations rapportées par Farr et al. [46]. Les estimations du nombre de personnes sans abri pour l'ensemble des États-Unis varient de 250 000 à 3 millions [81]. Ici à Montréal (1 015 420 habitants dans la ville), il semble y avoir un consensus populaire à l'effet que le nombre d'itinérants serait d'environ 10 000 à 15 000 personnes.

Connaître le nombre précis d'itinérants est en soi plus ou moins utile [48, 82]. Ce qui est plus important pour les planificateurs, c'est de voir comment ce nombre varie dans le temps. Ce nombre servira aussi de dénominateur dans l'extrapolation des résultats d'une enquête. Ainsi, ceux qui font les politiques, ceux qui planifient les programmes, de même que les chercheurs, pourront utiliser les données à différents niveaux: 1) évaluation du nombre de personnes souffrant de maladies physiques ou mentales ou du nombre de personnes qui font partie d'un sous-groupe tels que les femmes, les adolescents, les enfants, etc; 2) évaluation du type d'aide dont les itinérants ont besoin pour faire face à leurs problèmes ou handicaps; 3) évaluation de leur degré d'accessibilité à des programmes et services appropriés pour répondre à leurs besoins; 4) évaluation de l'efficacité des programmes et services qu'ils reçoivent; 5) analyse de l'impact des changements de politiques et des tendances à travers le temps; 6) étude des prédicteurs de l'itinérance de manière à pouvoir développer des politiques et des programmes pour prévenir ce problème [48]. Cependant, comme le souligne Chelimsky [82], il ne suffit pas d'avoir des données justes et impeccables pour voir se développer des politiques solides par rapport à l'itinérance; la volonté politique de faire face au problème doit y être.

Une estimation fiable du nombre de personnes itinérantes dans un endroit donné pose des problèmes importants et met au défi toute méthodologie classique de recensement. Un certain nombre de chercheurs ont tenté de mettre au point des stratégies spécifiques pour recenser la population itinérante et plusieurs ont mis en application ces stratégies. Dans les sections qui suivent, nous présentons ces stratégies et leurs applications.

1.1 LES RECENSEMENTS ÉTABLIS SUR UNE PÉRIODE D'UNE JOURNÉE

Il y a eu plusieurs tentatives pour calculer une prévalence instantanée, c'est-à-dire recenser le nombre de personnes sur une période d'une journée. En 1982, lors de 3 nuits d'hiver, Fournier [83] a recensé les clients hébergés dans les missions et refuges de Montréal, au poste de police et dans quelques autres endroits (hôpitaux). Au total, 900 personnes y avaient été hébergées en moyenne chaque nuit. En 1987, le Conseil canadien de développement social a recensé, durant la nuit du 22 janvier 1987, 8 000 personnes, dont 770 à Montréal, ayant dormi dans des foyers d'accueil d'urgence et des centres d'hébergement temporaire dans tout le Canada. Il ne faudrait pas conclure que la différence de résultats entre ces deux études est due à une diminution de la clientèle itinérante entre 1982 et 1987 mais plutôt que la population recensée en 1982 l'a été dans un plus grand nombre de sites.

George et al. [84] offrent un autre exemple d'énumération sur une période d'une nuit dans la ville de Sheffield en Angleterre. Les hôtels de l'Armée du salut, les centres de réception (*reception centres*), sept refuges pour itinérants, les *bed and breakfast* et les centres de probation ont été couverts. En une nuit, ils ont dénombré 340 itinérants dans cette ville.

Jahiel [85] fournit les principes de base de ce type d'énumération sur une période d'une journée dans les refuges. L'énumération devrait normalement inclure toutes les personnes sans abri dans un site ou dans un service quelconque, en éliminant celles qui ne sont pas sans abri et en ne comptant pas les mêmes personnes deux fois. Ce type d'énumération se fait en deux étapes. Premièrement, toutes les ressources qui offrent des services dans un secteur géographique donné doivent être répertoriées. Habituellement, cela se fait à l'aide d'informateurs-clés et par la méthode «boule de neige» (un informateur réfère à un autre informateur et ainsi de suite). Deuxièmement, on procède à l'énumération des sans-abri dans les sites identifiés.

Selon Jahiel [85], les problèmes rencontrés dans ce type d'énumération sont les suivants: 1) les renseignements obtenus par les informateurs-clés n'incluent pas les services offerts hors du circuit formel et excluent, par conséquent, les itinérants qui ne recourent qu'à ces derniers; 2) l'énumération n'est jamais complète car les énumérateurs se voient refuser l'accès à certaines ressources; 3) les sans-abri doivent être comptés directement et non par le nombre de lits dans un refuge ou le nombre de repas servis (le nombre de sans-abri peut être plus grand ou plus petit que le nombre de lits et un sans-abri peut être servi deux fois lors d'un même repas); 4) le moment choisi est important (certains sans-abri peuvent ne pas être arrivés sur les lieux ou d'autres peuvent avoir déjà quitté le service); 5) il faut s'assurer de ne pas compter les gens domiciliés (les repas peuvent être pris par des gens domiciliés comme par des gens qui ne le sont pas).

Pour des raisons économiques, l'énumération est surtout faite auprès des utilisateurs de refuges et de soupes populaires. Selon James [86], cette procédure ne fournit pas un estimé juste du nombre d'itinérants et ne permet pas d'en dégager les caractéristiques. Un certain nombre de groupes peuvent être sous-représentés, par exemple, les jeunes, les itinérants qui dorment dehors, dans les endroits publics ou abandonnés, les itinérants récents et les personnes qui sont hébergées chez des amis ou des membres de la famille.

En 1990, le *U.S. Census Bureau* incluait pour la première fois dans son recensement national des itinérants, les sans-abri qui dorment dehors, dans les endroits publics ou abandonnés en plus de ceux qui fréquentent les refuges. Martin [87] a décrit la méthodologie utilisée lors de ce recensement. Nous la résumerons ici brièvement. La nuit du 20 mars 1990, des énumérateurs se sont rendus dans les refuges pré-identifiés, dans la rue et d'autres places publiques (parcs, sous les ponts, gares, terminus, salles d'urgence des hôpitaux, etc). Les hôtels ou motels qui coûtaient moins de \$12 la nuit ou qui étaient réservés pour les itinérants ou familles itinérantes étaient aussi inclus. Les énumérateurs qui travaillaient dans la rue devaient interroger toute personne visible,

éveillée et qui n'était pas en train de faire une activité payante (ex: prostitution). Les énumérateurs devaient aussi compter ceux qui dormaient et estimer l'âge, le sexe et l'origine ethnique de la personne. C'est ainsi que 228 621 itinérants ont été dénombrés pour l'ensemble des Etats-Unis [88].

Ce recensement a fait l'objet d'une évaluation [88]. Cette dernière visait à vérifier si les procédures d'énumération étaient implantées et suivies comme prévu par les énumérateurs et à identifier les facteurs externes susceptibles d'influencer l'énumération dans la rue. Le travail d'évaluation a été confié à des chercheurs de cinq villes. Chicago, Los Angeles, New Orleans, New York et Phoenix ont été choisies parce qu'elles représentent différentes régions et différentes conditions climatiques et parce qu'on voulait inclure les deux sites qui comptent le plus d'itinérants (Los Angeles et New York). Dans chacune de ces villes, 60 personnes agissaient à titre d'observateurs (et faisaient semblant d'être des itinérants) dans les sites pré-identifiés par le bureau de recensement. Le rôle de ces observateurs était de se tenir dans les sites pré-identifiés de manière à être comptés par les énumérateurs. Ils devaient aussi vérifier si les énumérateurs venaient dans les sites pré-identifiés, combien de temps ils passaient dans un même site et comment ils procédaient pour faire l'énumération. Les résultats montrent que, de manière générale, l'énumération effectuée dans les refuges s'est très bien déroulée et que l'estimé était assez juste. Par contre, il y a eu plusieurs problèmes concernant l'énumération des itinérants dans la rue. Les chercheurs considèrent qu'elle est incomplète [88]. Le nombre d'observateurs qui ont été comptés varie de 22% à 66% selon la ville (ce nombre aurait dû être de 100%). Ainsi, dans le meilleur des cas, les énumérateurs ont oublié de compter le tiers de la population et dans le pire des cas, 8 personnes sur 10. Chaque ville a eu ses problèmes particuliers mais les difficultés communes à l'ensemble des villes se résumeraient ainsi: 1) la liste pré-établie des refuges dans chaque ville était incomplète; certains refuges hors du circuit formel n'entraient pas dans les critères du *Census Bureau* (par exemple, les églises) et n'ont donc pas été visités; 2) la liste pré-sélectionnée des sites où se tenaient habituellement un nombre important d'itinérants était incomplète; les énumérateurs ne se rendaient qu'aux endroits pré-sélectionnés alors que des itinérants se trouvaient aussi à d'autres endroits; 3) dans certaines villes, les itinérants ont volontairement évité d'être repérés par les énumérateurs; en effet, certains groupes de défense des droits des itinérants les auraient encouragés à éviter d'être comptés parce que leur nombre serait probablement sous-estimé et que cela leur serait défavorable; à l'inverse, le *National Coalition for the Homeless* a fait appel à la coopération des itinérants; 4) les évaluateurs ont rapporté que les énumérateurs ont souvent transgressé le protocole de recensement; par exemple, les évaluateurs se faisaient demander «Êtes-vous un itinérant?» alors que c'était interdit selon le protocole, ou encore, ils réveillaient les gens qui dormaient alors qu'ils devaient seulement les compter. Certains évaluateurs ont été comptés deux fois, d'autres, et ce dans les cinq villes, n'ont pas été comptés alors qu'ils se trouvaient dans les sites pré-déterminés. Aussi, ils ont remarqué que plusieurs énumérateurs avaient peur lorsqu'ils devaient énumérer dans les rues. Wright et Devine [88] ont formulé un certain nombre de recommandations pour un futur recensement de ce genre: 1) la sélection des sites devraient être plus large; 2) la durée de la période d'énumération pourrait être allongée, bien que cela pourrait augmenter le risque de compter deux fois les mêmes personnes; 3) faire un recensement sur une période de 24 heures plutôt que seulement la nuit afin de pouvoir énumérer les itinérants qui se tiennent dans certains endroits davantage le jour que le soir; 4) inclure les refuges plus informels; 5) mieux former les énumérateurs; 6) mieux assurer la sécurité des énumérateurs afin qu'ils se sentent plus à l'aise et fassent un meilleur travail.

Jahiel [85] suggère une méthodologie pour énumérer les itinérants dans la rue, dans les endroits publics ou les endroits abandonnés. Cette méthode se fait en deux étapes: 1) décider si le recensement sera exhaustif (énumération de toutes les personnes sans abri dans une ville ou une région) ou si l'on procédera par échantillonnage sur un certain nombre de sites pour ensuite extrapoler les données à une ville entière ou une région entière; 2) procéder à l'identification et à l'énumération des itinérants dans la rue. Il précise aussi certaines difficultés ou obstacles avec lesquels il faut composer pour réussir une énumération de ce genre. Les énumérateurs doivent avant

tout se familiariser avec le secteur visé afin de dépister les endroits où se tiennent la plupart des sans-abri. Malgré tout, plusieurs endroits resteront inaccessibles aux énumérateurs (tunnels souterrains, véhicules ambulants, maisons abandonnées, etc.). Certains sans-abri éviteront d'être dépistés ou fuieront, surtout si l'énumérateur est accompagné d'un membre de la police. Il faudra aussi distinguer ceux qui ont un domicile de ceux qui n'en ont pas. Pour faire cela, il faudra interviewer les gens (donc, les réveiller si le recensement se fait la nuit) ou se fier à leur apparence (un non-domicilié traîne son bagage avec lui). Cette dernière solution risque cependant de produire plusieurs erreurs. Selon l'auteur, malgré toutes les précautions prises, le comptage sous-estimera probablement le nombre de sans-abri. La duplication est aussi un problème majeur dans ce type d'énumération. Ce problème est moins important lorsque la période de comptage est relativement courte ou lorsque les sans-abri peuvent être identifiés par leurs noms et qu'une vérification de la liste des personnes interrogées est possible. L'utilisation d'informateurs-clés peut être appréciable à différents niveaux dans une énumération: pour identifier les secteurs où il y a le plus grand nombre de sans-abri, pour référer à des documents concernant les sans-abri ou encore pour servir de fil conducteur jusqu'aux itinérants. Les problèmes qu'occasionne l'utilisation de ce type d'informateurs proviennent de leur incapacité à identifier les caractéristiques de l'ensemble de la population sans abri et de leur tendance à généraliser les caractéristiques du sous-groupe qu'ils connaissent à la population entière.

Peu d'expériences sont rapportées dans la littérature par rapport au recensement des personnes qui sont hébergées temporairement chez des amis, des connaissances ou des membres de la famille. Jahiel [85] présente deux études intéressantes à cet égard. La première a tenté d'énumérer les familles ainsi hébergées à Boston en 1983. Selon l'auteur, cette étude a cependant sous-estimé le nombre de personnes dans ce sous-groupe: 1) trois des 15 communautés étaient exclues; 2) quatre organismes de services ont refusé de participer, de peur de représailles contre leurs clients; 3) seules les familles en contact avec une ressource offrant des services ont été incluses; 4) seules les familles avec enfants ont été incluses. La deuxième étude s'est déroulée à New-York au moyen d'une approche indirecte basée sur la consommation totale résidentielle d'eau. En 1987, dans cette ville, la différence entre la consommation actuelle et la consommation prévue (si seulement les membres permanents du ménage y vivent) a permis d'estimer que 69 000 familles étaient hébergées temporairement chez des amis ou des parents. L'auteur ne critique pas cette dernière approche. Selon lui, il est actuellement impossible de faire une extrapolation du nombre de personnes pouvant constituer ce sous-groupe aux Etats-Unis parce que trop d'informations sont manquantes (durée de la période d'hébergement, rapidité de l'augmentation de cette population, etc.) et les informations existantes ne sont pas soutenues par des données fiables.

1.2 LES RECENSEMENTS ÉTABLIS SUR UNE PLUS LONGUE PÉRIODE

Malheureusement, les recensements d'une nuit ne fournissent qu'un portrait instantané et ne peuvent véritablement rendre compte de toute l'ampleur du phénomène [39]. Cela est principalement attribuable au fait que ces recensements couvrent le plus souvent uniquement les refuges et, occasionnellement, les itinérants de la rue. Par exemple, ceux qui sont actuellement en prison, à l'hôpital ou encore ceux qui ne seront itinérants que pour une courte période ne sont pas comptés. Une solution à ce problème est de faire le recensement sur une période plus longue de manière à rejoindre un plus grand nombre de personnes touchées par le problème de l'itinérance.

Rossi et al. [45], à Chicago, ont établi le nombre moyen d'itinérants et ont extrapolé ce nombre pour une période d'un an. En plus de la clientèle des refuges, ils ont tenu compte de la population qui dormait dehors ou dans des endroits publics. Ils ont tiré au hasard 168 aires de recensement de la ville et ils ont compté, durant un certain nombre de nuits, le nombre de personnes qui passaient la nuit dehors ou dans des endroits publics. Ainsi, le nombre moyen d'itinérants (dans les refuges, dehors ou dans des endroits publics) chaque nuit à Chicago a été estimé à 2 344 (± 735) à l'automne et à 2 022 (± 275) en hiver. À partir des informations recueillies sur la durée moyenne d'une période sans domicile fixe et le nombre moyen d'itinérants par jour, ils ont

extrapolé et ainsi obtenu un nombre d'environ 6 000 personnes qui auraient été sans abri pendant une période d'un an à Chicago. La proportion de personnes sans abri recensées sur la rue par rapport à celles qui l'ont été dans les missions varie selon les saisons: à l'automne, 59% des sans-abri ont été recensés sur la rue ou dans des endroits publics et 41% dans les refuges. En hiver, c'est seulement 26% de la population itinérante qui a été recensée dehors ou dans des endroits publics. Cependant, il est à noter que cinq nouveaux refuges accueilleraient cette clientèle pour la période de l'hiver.

Une autre étude remarquable effectuée à Los Angeles [46, 52] a apporté beaucoup de raffinement dans le champs des techniques de recensement de la population itinérante. Cette étude n'avait pas pour but premier de recenser comme tel les sans-abri mais plutôt de dresser un plan échantillonnal qui permettrait de bien représenter la population itinérante lors d'une enquête subséquente. Cette étude est la première à avoir recensé la clientèle des missions et refuges sur une période de 30 jours. 2 700 personnes ont été comptées. Ces auteurs ont utilisé une méthodologie complexe qui permet de rendre compte, non seulement de la population qui dort dans les refuges, mais aussi de la clientèle qui mange dans les missions ou qui vient chercher des vêtements ou d'autres types de services. L'originalité de leur méthodologie tient aussi au fait qu'ils ont éliminé les recoupements de clientèles entre les centres et entre les différents services. Ils ont fait leur recensement à partir des listes de noms des centres d'hébergement et par mini-sondages dans les centres où l'on servait des repas et où l'on offrait d'autres types de services. Cette étude a aussi permis de constater qu'un recensement fait uniquement à partir de la clientèle des missions et refuges ne biaiserait pas grandement les résultats puisque 85% des 350 «street people» interrogés disaient avoir fréquenté une mission ou un refuge au cours des 30 derniers jours.

Fournier [89, 90] a fait deux recensements à Montréal en suivant une procédure très similaire à celle qui avait été utilisée par l'équipe de Los Angeles. Le premier recensement [89] portait sur une période d'un mois (fin de l'année '87) et couvrait trois types de sites: les refuges, les soupes populaires et les centres de jour pour itinérants. Un système hiérarchique permettait d'éliminer un premier recoupement possible de la clientèle entre ces trois types de sites. Le recensement dans les refuges était fait à partir des dossiers d'admission alors que celui dans les soupes populaires et les centres de jour était fait par le biais d'un court questionnaire administré par des interviewers. Le croisement des listes de noms et certains items du questionnaire permettaient d'éliminer un deuxième niveau possible de recoupement des clientèles entre les centres. C'est ainsi qu'un total de 2270 personnes ont été dénombrées pour une période de 30 jours dans l'ensemble des sites desservant la clientèle itinérante de Montréal. Parmi elles, 1269 ont été dénombrées dans les refuges; les 1001 autres personnes sont celles qui ont été dénombrées dans les soupes populaires et les centres de jour et qui n'ont pas fréquenté un refuge dans le mois concerné. Si l'on peut considérer que la presque totalité des personnes dénombrées dans les refuges sont des sans-abri (au sens strict), c'est probablement loin d'être le cas pour ceux qui ont été dénombrés dans les soupes populaires et les centres de jour. Ainsi, sur une période de 30 jours, le nombre de 2270 correspondrait davantage au bassin de la clientèle qui fréquente l'ensemble des missions et refuges de Montréal alors que celui de 1 269 correspondrait davantage au bassin de sans-abri.

Le deuxième recensement effectué par Fournier [90] a permis d'énumérer la clientèle des refuges sur une période d'une année en suivant le même type de procédure, c'est-à-dire à partir des dossiers d'admission et en éliminant les recoupements de clientèles entre les centres. Sur cette base, 8 756 personnes ont été dénombrées dans les refuges de Montréal entre le 1er mars 1988 et le 22 février 1989. Ce nombre correspondrait au bassin de personnes sans abri dans cette ville. L'auteure explique que ce nombre devrait être assez près de la réalité même si la population des itinérants de la rue n'a pas, à proprement parler, été recensée. Ses arguments sont les suivants: 1) si à Los Angeles, 85% des itinérants de la rue ont fréquenté les refuges dans le dernier mois, ce pourcentage à Montréal, avec ses hivers beaucoup plus rigoureux, appliqué à une fréquentation des refuges non pas dans le dernier mois mais dans la dernière année, devrait être encore plus élevé; 2) l'existence, à cette époque, d'un centre (Dernier Recours Montréal) qui était reconnu pour attirer les itinérants qui

habituellement ne voulaient pas fréquenter les refuges (et préféraient dormir dehors, dans des endroits publics ou abandonnés) laisse croire que peu d'itinérants au sens strict ont échappé au recensement. Pour les soupes populaires et les centres de jour, Fournier a extrapolé les données du recensement de la période d'un mois à une période d'un an. Cette extrapolation additionnée aux données du recensement des refuges l'amène à conclure que le bassin de l'ensemble de la clientèle des ressources pour itinérants à Montréal, sur une période d'une année, se situe autour de 15,000 personnes. Ce dernier chiffre rejoint les estimations populaires sur le nombre d'itinérants dans cette ville.

1.3 AUTRES MÉTHODES

D'autres méthodes moins coûteuses que celles d'un recensement ont été proposées pour estimer le nombre de sans-abri. Par exemple, Cowan [91] décrit une technique de modélisation, le *capture-recapture*. Ce type de méthode, utilisée au départ dans la recherche avec des populations animales, apparaît tout à fait adaptée pour étudier une population humaine instable comme celle des itinérants. Le modèle *capture-recapture* consiste à recueillir des données, habituellement dans les dossiers, en au moins deux temps et ce, dans tous les refuges d'une région donnée. Ainsi, si un sujet est allé dans un refuge puis dans un autre, on pourra détecter qu'il était dans le réseau durant une période de temps donnée. Cette technique est fondée sur certains postulats tels que la stabilité de cette population dans la région et la constance du nombre de personnes durant toute la période d'observation. Elle permet non seulement une vue «instantanée» de la population mais aussi une mesure du nombre de personnes qui entrent et sortent de l'itinérance. De plus, elle permet d'évaluer le recoupement dans les demandes de services entre les différentes ressources. Elle peut être utilisée conjointement avec l'enquête de recensement sur la rue pour fournir de meilleures estimations. Selon Cowan [91], une méthode de ce genre est moins coûteuse que les méthodes plus traditionnelles et fournit plus d'informations. Jahiel [85], plus sceptique par rapport à cette méthode, croit que les postulats de base sont très contestables et qu'il vaut mieux considérer avec précaution les résultats ainsi obtenus. Anderton [92] propose une autre technique de modélisation, le *first-capture*, similaire à la technique de Cowan mais qui apparaît plus complexe (au niveau mathématique). Selon Anderton, ce dernier type de modèle a été peu appliqué mais il s'est généralement montré fiable et peu coûteux.

Enfin, nous présentons une dernière méthode avant de conclure ce chapitre, une méthode qui ne vise pas à connaître le nombre de personnes actuellement sans abri mais plutôt à évaluer le nombre de personnes qui l'ont déjà été à un moment donné. Link et al. [93] ont fait une enquête téléphonique auprès d'un échantillon à l'échelle nationale (États-Unis) de 1507 sujets afin d'évaluer la prévalence à vie et la prévalence des cinq dernières années du comportement d'itinérance. Ainsi, ils ont cherché à savoir: 1) si les personnes avaient déjà passé une nuit dans un parc, dans un édifice abandonné, dans une gare, dans un terminus ou dans la rue; 2) si les personnes avaient déjà passé une nuit dans un refuge pour itinérants ou dans une autre résidence temporaire parce qu'elles n'avaient aucune place où aller; 3) si elles avaient déjà dormi chez des parents ou des amis parce qu'elles étaient sans abri. Les deux premières situations représentent pour les auteurs ce qu'ils nomment «literal homelessness» et que nous traduiront par «itinérance au sens strict». Pour tous les types d'itinérance, la prévalence à vie est de 14% et de 4,6% pour les derniers cinq ans. En ce qui concerne l'itinérance au sens strict, la prévalence à vie est de 7,4% (4,2% sont restés uniquement dans des refuges, 1,2% uniquement dans des parcs, édifices abandonnés, etc. et 2% sont restés dans ces deux types de lieux) et de 3,1% pour les derniers cinq ans. Les prévalences sont très élevées, peu importe qu'il s'agisse d'une définition stricte ou d'une définition plus large de l'itinérance. Ces pourcentages appliqués aux données du recensement américain de 1990 montrent que 13,5 millions d'adultes ont déjà été itinérants au sens strict au cours de leur vie et parmi eux, 5,7 millions l'ont été dans les derniers cinq ans. Lorsque les individus hébergés temporairement chez des amis ou des parents sont ajoutés, les chiffres sont de 26 millions pour la prévalence à vie et de 8,5 millions pour les derniers cinq ans. Malgré ces chiffres impressionnants, les auteurs

considèrent que ces nombres sont sous-estimés puisque leur étude exclut les personnes qui n'ont pas le téléphone (7% de la population, probablement les plus pauvres et donc les plus susceptibles d'avoir été itinérants) et les personnes sans abri au moment de l'étude. Ils concluent que le nombre d'itinérants est sans doute plus élevé que ne l'ont démontré les études antérieures et que les études de type recensement établi sur une journée surreprésentent les itinérants chroniques et fournissent ainsi une image inexacte de l'itinérance.

1.4 CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, évaluer l'importance du problème de l'itinérance dans une région donnée ne tient pas de l'évidence [94]. Plusieurs problèmes méthodologiques complexifient la situation. Un premier problème est celui de la définition de l'itinérant. Qui doit-on inclure dans cette définition? Le deuxième problème consiste à déterminer la période sur laquelle portera l'évaluation du nombre d'itinérants. Le troisième consiste à bien les dénombrer sans en sur-estimer ni sous-estimer le nombre. Un autre problème concerne les coûts liés à cette évaluation du nombre d'itinérants. Tous ces problèmes auront des conséquences directes sur le nombre d'itinérants estimés dans une région donnée.

Selon Cordray et Pion [40], le plus important est de choisir une définition, une façon d'opérationnaliser cette définition et une méthodologie qui répondent aux besoins visés de l'étude. Par la suite, il sera aussi important de bien décrire qui a été compté et qui ne l'a pas été. Cependant, ils notent que cette dernière étape est quelquefois difficile à réaliser en raison du niveau d'exactitude qui n'est pas toujours totalement connu. Ces auteurs recommandent aussi de faire une «*intelligent segmentation*», c'est-à-dire de dénombrer les sans-abri selon des sous-groupes (ceux qui utilisent les refuges, ceux qui dorment dehors, etc.) et de présenter les résultats en fonction de ces sous-groupes. Ils insistent aussi sur l'importance d'utiliser plusieurs stratégies méthodologiques dans la même étude pour s'assurer de rejoindre toutes les personnes visées. Le recensement de Rossi (décrit plus haut) est un bel exemple de l'utilisation d'une «*intelligent segmentation*» et de stratégies multiples.

Jahiel [85], après une analyse des différents problèmes et méthodes pour énumérer les itinérants, suggère certaines pistes de recherche pour l'avenir, telles que de développer des schémas d'échantillons stratifiés pour les villes, des méthodes d'énumération pour calculer le nombre de sans-abri dans la rue, et des études qualitatives et ethnographiques pour mieux adapter la méthodologie aux différents sites. Il suggère également d'accentuer la recherche de type «*capture-recapture*» avec la clientèle des services et finalement de développer la recherche permettant d'évaluer le nombre de personnes hébergées temporairement chez des amis ou des parents.

Chapitre 2

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Louise FOURNIER et Isabelle LAURIN

Ce chapitre sur les caractéristiques socio-démographiques de la population itinérante a été rédigé à partir de données empiriques qui proviennent des grandes études épidémiologiques récentes, ou encore des études de recensement de cette population. Ces types d'études ont l'avantage d'offrir une meilleure représentativité de cette population soit parce qu'elles couvrent un plus grand nombre ou une plus grande variété de sites, soit parce que la taille d'échantillon est relativement grande.

2.1 LE SEXE

Comparativement à la population générale, la population itinérante est très majoritairement masculine. La proportion de femmes varie de 13 à 29% selon les études [45-47, 53, 95-99]. Par ailleurs, la population sans-abri se distingue clairement d'une population de domiciliés pauvres où l'on trouve, à l'inverse, une forte majorité de femmes (67%) [97].

2.2 L'ÂGE

La moyenne d'âge des sans-abri varie de 25 à 41 ans selon les études [45-47, 53, 95, 96, 100-104]. La population itinérante couvre toutes les générations d'âge mais inclut davantage de personnes jeunes (18 à 34 ans) que la population en général. Par comparaison à une population domiciliée pauvre, la différence devient encore plus marquante et ce, tout particulièrement en ce qui concerne le groupe des 50 ans et plus (10% des itinérants se retrouvent dans ce groupe d'âge contrairement à 50% des domiciliés pauvres) [97].

2.3 L'ETHNICITÉ

La plupart des études étant américaines, on comprendra que la proportion de population blanche est souvent peu élevée: 35,1% à St-Louis (Missouri) selon Morse et al. [105], 27% à Los Angeles selon Farr et al. [46], 38,7% à Baltimore selon Breakey et al. [100] et environ 60% à Milwaukee [101], en Ohio [47] et à Richmond (Virginie) [95]. En ce qui concerne les itinérants de Montréal, l'étude de Fournier [53] ne montre pas de surreprésentation en fonction de l'ethnicité.

2.4 LE STATUT MATRIMONIAL

La population itinérante est connue pour sa désaffiliation. Aussi, retrouvera-t-on parmi elle une proportion importante (60 à 75%) de personnes qui n'ont jamais été mariées [53, 106-108] contrairement à ce qui est observé dans la population en général (34 à 36%). Welte et Barnes [97] montrent que les domiciliés pauvres se rapprochent davantage de la population en général que des sans-abri en ce qui a trait au statut matrimonial.

2.5 LA SCOLARITÉ

En ce qui concerne la scolarité, les proportions varient d'une étude à l'autre. Les comparaisons entre les études sont souvent difficiles à faire en raison de l'utilisation de points seuils différents ou de systèmes d'éducation différents. Bassuk et al. [109] et Rossi et al. [45] considèrent que la scolarité des itinérants n'est pas tellement différente de celle de l'ensemble de la population. À l'inverse, Farr et al. [46] et Roth et al. [47] montrent que le niveau de scolarité atteint par ces individus est moins élevé que dans la population en général. À Montréal, Fournier [53] observe qu'en comparaison à l'ensemble de la population, les itinérants ont davantage arrêté leurs études au niveau secondaire. De même, Wright [18] rapporte que la proportion de ceux qui ont au moins complété le «high school» (système américain) est de 53% chez les sans-abri et de 66,5% dans la population en général.

Certains auteurs [97, 107] ont comparé la scolarité des sans-abri à celle des domiciliés pauvres. Selon eux, ces deux groupes sont à cet égard similaires. D'autres montrent plutôt les sans-abri comme étant plus scolarisés [98].

2.6 LE TRAVAIL

La majorité des sans-abri ne travaillent pas. À Montréal, l'étude de Fournier [53] montre que seulement 22,4% de la clientèle des missions et refuges peut être considérée comme faisant partie de la population active. Dans cette étude, la population active est composée des personnes qui ont un revenu de travail (soit occasionnel, à temps partiel ou à temps plein) ou qui reçoivent des prestations d'assurance-chômage (8,1%). Fischer et al. [106] rapportent que 17,6% des sans-abri occupent un emploi rémunéré comparativement à 71,1% dans l'ensemble de la population. Welte et Barnes [97] observent que les itinérants ont un taux d'emploi (temps partiel ou temps plein) beaucoup plus faible que dans la population en général mais légèrement plus élevé que celui des domiciliés pauvres.

2.7 CONCLUSION

Ces résultats provenant d'analyses univariées montrent que le fait d'être un homme, d'être jeune, de n'avoir jamais été marié, d'être moins scolarisé ou d'être sans emploi sont tous des facteurs qui pourraient, dans une certaine mesure, augmenter les risques de se retrouver sans-abri.

Les données comparatives entre les sans-abri et les domiciliés pauvres permettent de constater, comme Susser et al. [110] l'avaient souligné, qu'il n'existe qu'un chevauchement partiel entre les causes liées à la condition de sans-abri et celles liées à la pauvreté. Par exemple, la proportion d'hommes, de jeunes, de personnes célibataires est beaucoup plus importante chez les sans-abri que chez les domiciliés pauvres. Ces résultats indiquent donc qu'il pourrait y avoir des facteurs de risque spécifiques à la condition de sans-abri.

Chapitre 3

L'INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE

Louise FOURNIER, Isabelle LAURIN et Micheline OSTOJ

Il va de soi que les sans-abri vivent une grande instabilité résidentielle. Plusieurs grandes enquêtes épidémiologiques permettent de mieux cerner ce que signifie l'instabilité pour une population comme les sans-abri. Ainsi, la littérature fournit des connaissances sur leur mobilité géographique, leurs différentes périodes d'itinérance et les types d'hébergement qu'ils utilisent.

3.1 MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Plusieurs études montrent que la population itinérante est majoritairement locale [46, 47, 101, 106]. Ainsi, 69% des sujets de l'échantillon de Rosnow et al. [101] habitaient la ville depuis plus d'un an et 29% y avaient habité toute leur vie. Dans l'étude de Fournier [53], réalisée à Montréal, 77,2% des sujets habitaient la ville depuis plus d'un an et 24,5% y habitaient depuis leur naissance. Le nombre de villes habitées durant une période d'un an est un autre indicateur de mobilité géographique. L'étude de Farr et al. [46] a montré qu'un peu plus de la moitié des itinérants n'avaient habité aucune autre ville que celle où ils ont été interrogés, qu'environ 20% avait habité dans seulement une autre ville, que 10% avaient habité dans deux autres villes et 19%, dans trois autres. Au Québec [107], 72% des itinérants locaux circulent à Montréal seulement, 14% sillonnent tout le Québec et 12% tout le Canada. Dans l'étude montréalaise de Fournier [53], la mobilité géographique apparaît encore plus faible puisque 78% des sujets de l'échantillon n'avaient habité aucune autre ville au cours de la dernière année et seulement 7% en avaient habité trois autres ou plus. Ce dernier groupe pourrait être considéré comme ayant une très grande mobilité géographique mais la population itinérante, en général, n'apparaît pas aussi mobile qu'on pourrait le penser.

3.2 PREMIÈRE EXPÉRIENCE D'ITINÉRANCE

Pour environ 60% des sujets de Morse et al. [111] à St-Louis, et de Rosnow et al. [101] à Milwaukee, la première expérience d'itinérance se situe dans la dernière année. Dans l'étude de Farr et al. [46], seuls 23% des itinérants de Los Angeles auraient vécu leur première période d'itinérance au cours de la dernière année, alors que celle-ci aurait eu lieu il y a plus de 5 ans chez 43,6% des itinérants de cette ville.

3.3 NOMBRE DE PÉRIODES D'ITINÉRANCE

Dans le même ordre d'idées, 33% des itinérants de Los Angeles n'ont vécu qu'une seule période d'itinérance. Cette proportion est de 47,2% chez les itinérants de St-Louis. Ces données laissent penser que le climat chaud et sec et l'ouverture d'esprit californien d'une ville comme Los

Angeles pourraient favoriser la prolongation d'un mode de vie itinérant. Qu'en est-il à Montréal avec ses hivers rigoureux? L'étude de Fournier [53] montre que 44% de ceux qui ont déjà été sans abri n'ont vécu qu'une seule période de ce genre. Ce résultat est plus similaire à celui observé à St-Louis qu'à Los Angeles.

3.4 PÉRIODE ACTUELLE D'ITINÉRANCE

Environ le quart des itinérants de Los Angeles, de St-Louis (Mo.) et de Montréal sont itinérants depuis plus d'un an [46, 47, 53]. Par contre, pour 27% à 41% des itinérants, cette période d'itinérance est très récente (moins d'un mois) [47, 53, 93, 111]. De manière encore plus précise, soulignons que dans l'étude de Susser et al. [112], 20% des hommes étaient devenus itinérants le jour même où ils avaient été interrogés et 12%, le jour précédent. Compte tenu de ces résultats, il semble, en général, que la période actuelle d'itinérance soit assez récente parmi les sans-abri.

3.5 TYPE D'HÉBERGEMENT AU COURS DE CETTE PÉRIODE

Au cours de la période actuelle, 64,4% des sujets de Morse et al. [111] disent avoir passé toutes les nuits dans les refuges; 35,6% disent avoir passé certaines nuits dans la rue, et environ un sujet sur six en a passé plus de la moitié dans la rue. Parmi les sujets de l'étude de Gelberg et al. [96] réalisée en Californie, 67% ont dit avoir dormi dehors la nuit précédant l'enquête.

L'étude comparative de Welte et Barnes [97], effectuée auprès d'itinérants, de «marginally housed adults», et d'adultes domiciliés, montre qu'au cours des 6 derniers mois, 17% des itinérants ont dormi dans des endroits publics comme la rue, les parcs et les édifices publics, 62% ont dormi dans des hôtels ou des motels, 49%, dans des refuges et 46%, chez des membres de leur famille ou des amis. Quant à l'étude de Fournier [53], le tiers des sujets disent avoir dormi dehors, dans des endroits publics ou abandonnés, au cours de la dernière année. Ces derniers ont dormi ainsi, en moyenne, 27 nuits au cours de l'année. Cette même étude montre que 24% des sujets disent avoir été hébergés chez des amis, des connaissances ou des membres de la famille au cours de la dernière année, et cela, pendant une durée moyenne de 10 semaines. Ces résultats indiquent bien que le refuge n'est pas leur seule ressource pour l'hébergement.

3.6 INSTABILITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES

Plusieurs études montrent que les femmes sont plus stables que les hommes [47, 53, 111, 113]. L'étude de Morse et al. [111] démontre que la durée de la période actuelle d'itinérance est plus courte chez les femmes. Elle démontre également qu'elles ont été sans abri pour la première fois il y a moins longtemps et qu'elles ont utilisé davantage les refuges que leurs homologues au cours de la période actuelle. Par ailleurs, l'étude de Crystal et al. [113] montre qu'au cours des 3 à 6 mois qui ont précédé l'enquête, la probabilité que les femmes aient eu un logement indépendant était plus élevée et que les possibilités qu'elles aient vécu en institution ou sur la rue, plus faibles. Le fait que les femmes soient moins nombreuses à se retrouver dans la rue est aussi confirmé par l'étude de Roth et al. [47]. De même, Fournier [53] observe que les femmes sont sans abri depuis moins longtemps que les hommes et qu'elles sont moins nombreuses à avoir dormi dehors, dans des endroits publics ou des endroits abandonnés.

3.7 ÂGE ET INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE

Le rapport entre l'âge et la stabilité résidentielle demeure une question en suspens. Les études visant à analyser ce lien font état de résultats contradictoires. Ainsi, les résultats de l'étude de Roth et al. [47] tendent à montrer que l'instabilité résidentielle serait plus grande chez les sujets plus âgés. En effet, les sujets dormant dans la rue sont plus vieux que les sujets dormant dans les

refuges. Les résultats de l'étude de Fournier [53] démontrent plutôt l'inverse: plus les sujets sont jeunes, plus ils sont instables et mobiles géographiquement. Selon Fournier, cette apparente contradiction pourrait s'expliquer par le fait que les «street people» interrogés dans l'étude de Roth et al. [47] pourraient être différents de ceux de son étude qui disent avoir dormi dehors à l'occasion mais qui ont été interrogés dans les refuges.

3.8 CONCLUSION

Les données épidémiologiques permettent de dresser le portrait suivant. Les sans-abri ne sont pas aussi mobiles géographiquement qu'on aurait pu le penser et il semble même que la majorité soit une population locale. L'instabilité résidentielle n'est pas nécessairement vécue de façon chronique puisque la période actuelle d'itinérance est assez récente pour plusieurs d'entre eux et que plus du tiers en sont à leur première expérience d'itinérance. Les refuges, les hôtels, les endroits publics, les amis et les connaissances font partie des différentes stratégies qu'ils utilisent lorsqu'ils ont besoin d'un abri temporaire. Enfin, il semble que les femmes soient moins instables que les hommes et fréquentent plus les refuges.

Chapitre 4

SANTÉ PHYSIQUE

Marie-France REYNAULT

L'itinérance est d'abord et avant tout un phénomène social. En effet, les causes ou encore les conditions qui déterminent la taille et la composition de la population des sans-abri comportent un caractère social indéniable. Toutefois, à l'instar de nombreux autres problèmes reliés au phénomène plus large de la pauvreté, l'itinérance entraîne des effets négatifs sur la santé des individus. En fait, tous les systèmes du corps humain sont impliqués et, de surcroît, certaines pathologies affligent presque exclusivement les sans-abri. De plus, le profil d'utilisation très particulier de cette clientèle au regard du système de santé complique encore davantage le tableau clinique.

La littérature médicale portant sur l'itinérance est relativement récente. À preuve, le mot-clé «homeless» n'existe que depuis 1986 dans la banque *Medline*. Au mois d'août 1989, deux cents références apparaissaient sous cette rubrique. Parmi ce nombre, 192 désignaient des articles rédigés en anglais ou en français. Environ 30% des publications portaient sur des aspects psychiatriques, 22% abordaient surtout les dimensions socio-démographiques alors que 21% traitaient du problème de l'itinérance de façon plutôt générale. Les publications portant sur les pathologies physiques des itinérants étaient plus rares, elles totalisaient 17,4% des références, chiffre auquel s'ajoutaient 9% si l'on incluait au sein de cette rubrique la description des interventions en soins de première ligne. En 1995, la banque Medline comptait 989 publications supplémentaires et la répartition des 100 dernières références inscrites indiquait désormais que 35% des publications portent sur les maladies physiques. Cette augmentation est attribuable, en grande partie, à la recrudescence de la tuberculose et du SIDA dans les refuges pour personnes sans abri.

Les études descriptives constituent le corps de cette littérature [114-120]. Elles portent sur des échantillons qui varient de 45 [121-123] à 979 sujets [124]. Leur qualité varie également d'une recherche à l'autre. Certaines études possèdent un échantillon très particulier, composé, par exemple, de toutes les personnes venues en consultation à une clinique tenue la veille de Noël [121, 125, 126]. D'autres sont beaucoup plus représentatives de l'ensemble de la population des sans-abri. L'étude de Breakey et al. [100], réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de sujets provenant de plusieurs refuges, prisons et missions, en est un exemple. Aussi, en raison de la diversité qui caractérise la littérature sur l'itinérance, on constate des variations considérables dans les prévalences établies par les études.

Les recherches qui ont trait à la santé physique des personnes itinérantes varient également en fonction du type de devis utilisé. Parmi les plus intéressantes, on note une étude de cohorte rétrospective sur l'utilisation des services de santé [127] de même que deux études prospectives. La première de ces études prospectives, effectuée à Glasgow, a porté essentiellement sur la

tuberculose [128] tandis que la seconde a permis d'évaluer la morbidité des sans-abri de la ville de Manchester [129]. Enfin, dans cinq articles fort intéressants, on a analysé les causes de mortalité parmi la population itinérante [130-134]. Jusqu'à ce jour, seules deux études ont porté sur l'expérience d'hospitalisation des sans-abri. La première était limitée aux itinérants de plus de 21 ans et de moins de 65 ans qui n'utilisaient pas de services psychiatriques [135]; la seconde, réalisée au Québec, a comparé les motifs d'hospitalisation et la durée de séjour des utilisateurs de refuges à ceux d'une population défavorisée du centre-ville montréalais [136]. L'hospitalisation pour motif psychiatrique était largement prédominante chez les utilisateurs de refuges.

La littérature médicale regorge d'histoires de cas, de descriptions anecdotiques et de statistiques sur la clientèle qui utilise les cliniques pour sans-abri. Ces publications font état des différentes pathologies que l'on rencontre parmi la population des sans-abri. À l'exception peut-être du *burn-out*, à peu près tous les problèmes de santé physique y sont décrits. La sévérité et la complexité des problèmes rencontrés chez les itinérants ainsi que la difficulté d'accès aux services de santé sont des thèmes récurrents dans cette littérature [137-140].

Des publications récentes insistent sur la nécessité d'intégrer à la formation des médecins [141-147], infirmiers [148] et dentistes [144] des stages dans les cliniques qui desservent les sans-abri.

La littérature portant sur les problèmes de santé physique des itinérants tend à démontrer que cette population présente des problèmes cliniques particuliers. Ceux-ci peuvent être regroupés de la façon suivante: 1) les problèmes résultant des conditions de vie des sans-abri; 2) les problèmes aggravés par l'itinérance; 3) les problèmes reliés à l'abus d'alcool et de drogues. Dans ce chapitre, nous utiliserons cette classification afin de présenter les principaux problèmes de santé physique qui affectent les sans-abri. Ces catégories ne sont évidemment pas exclusives. Par conséquent, certaines pathologies peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie. Enfin, nous aborderons la question des taux de mortalité observés chez les sans-abri de même que celle de l'utilisation des services de santé disponibles faite par cette population.

4.1 PROBLÈMES DE SANTÉ QUI RÉSULTENT DES CONDITIONS DE VIE DES SANS-ABRI

Certaines maladies qui affligent les sans-abri découlent des conditions de vie dans lesquelles ils vivent. Ces conditions sont, notamment, le manque d'hygiène, la marche prolongée et les contacts infectieux dans les dortoirs surpeuplés [149]. Dans cette section, nous aborderons les maladies les plus fréquemment causées par l'itinérance et les conditions de vie qui y sont rattachées.

4.1.1 Les maladies dentaires

Les maladies dentaires, bien que rarement mentionnées par les sans-abri [150], se retrouvent, selon l'excellente étude de Breakey et al. [100], parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés. En général, ils se manifestent sous la forme de caries, d'abcès dentaires [151, 152] et de gingivites, souvent très sévères [152]. La prévalence élevée de ce type de problèmes est attribuée à une hygiène déficiente, au manque de soins dentaires ainsi qu'aux carences alimentaires des personnes itinérantes [144, 153].

4.1.2 Les maladies dermatologiques

Les poux et la gale, dont une variété très rare, la gale norvégienne (caractérisée par des lésions contenant des milliers d'insectes), sont fréquemment mentionnés dans la littérature portant sur les problèmes de santé des sans-abri [59, 106, 154, 155].

Les dermites de stase, occasionnées par les problèmes circulatoires décrits ci-dessous, sont communes chez les itinérants. Elles évoluent souvent jusqu'à former des ulcères [117, 122].

Enfin, les surinfections des maladies dermatologiques sont très fréquentes [156, 157].

4.1.3 Les maladies circulatoires

La stase veineuse des membres inférieurs constitue un phénomène très répandu [158, 159]. Elle résulte des nuits passées en position semi-assise sur un banc ainsi que des longues journées de marche.

Tristement connu depuis la Première Guerre mondiale, le pied de tranchées, caractérisé par des fissures surinfectées aux pieds, est occasionné par le port continu de bottes froides, mouillées et rendues trop petites en raison de l'œdème causé par la stase veineuse. Ce phénomène, observé chez les itinérants [117], se complique souvent de cellulite [156].

4.1.4 La tuberculose

De toutes les infections sévères rencontrées chez les sans-abri, la tuberculose a été la plus étudiée [59, 154, 156, 160-170]. Une augmentation assez récente de ces cas a été observée dans la population itinérante américaine. En 1985, le journal du Centre de contrôle des maladies à Atlanta [134] rapportait une prévalence 16 fois plus élevée de cette maladie chez les itinérants que dans l'ensemble de la population. Au Japon, la prévalence était de 20 à 30 fois plus élevée [161]. Nardell et al. [165] ont identifié, dans un refuge de Boston, 49 personnes qui souffraient de tuberculose. Ce résultat les a amenés à conclure qu'aux États-Unis, la population des sans-abri pouvait désormais être considérée comme un bassin de tuberculose [171]. En novembre 1990, la prévalence de la tuberculose-infection dans un refuge new-yorkais était de 79%, selon Paul et al. [172]. En outre, ces auteurs observaient que plus la durée de séjour dans le refuge était longue, plus les risques d'infection étaient élevés [172]. Cette prévalence élevée fut attribuée tant aux conditions de vie insalubres des refuges qu'à la baisse de l'immunité chez les personnes infectées par le VIH [173]. En effet, parmi les personnes qui sont infectées à la fois par le VIH et par le *Mycobacterium tuberculosis*, 8% développent une tuberculose active chaque année. Parmi l'ensemble de la population, ce taux est de 10% pour la vie [144]. Des conclusions identiques découlent d'études menées à Manchester [59, 174], Glasgow [128] et Edimbourg [175] au Royaume-Uni. Dans ces conditions, il apparaît manifeste que la comorbidité élevée «tuberculose-SIDA» [176] pose de nouveaux défis aux autorités de santé publique.

Par ailleurs, une étude du MMWR [134] a identifié 14 bacilles résistants au traitement conventionnel de la tuberculose. Cela indique une réinfection exogène dans un même refuge de même que l'émergence de multirésistance. Une observation semblable a été faite plus récemment en Australie [177]. Le problème du choix des antibiotiques qu'implique cette constatation pour le traitement de la maladie ajoute ainsi à la complexité déjà imposante du problème de santé publique que constitue la tuberculose [137, 178]. Après l'épidémie de VIH et de tuberculose chez les sans-abri, on parle maintenant d'une troisième épidémie: celle de la tuberculose multirésistante [179], mortelle dans 80% des cas. Dans une optique de minimisation des risques de transmission aérienne, la possibilité de réinfection exogène pose un défi de taille aux autorités de santé publique: celui de rendre les refuges salubres.

Dans le but de réduire les risques de transmission de la maladie, des protocoles de traitement adaptés aux sans-abri ont été étudiés [144, 166, 173, 178, 180, 181]. Ces protocoles offrent deux options: la prise sous surveillance directe de médicaments, à dose régulière, cinq jours par semaine (quitte à ce que les jours du week-end soient plus ou moins bien couverts), ou encore des doses

plus fortes d'antibiotiques, prises également sous surveillance directe, mais à raison seulement de trois fois par semaine.

Réminiscence des temps anciens? Quoi qu'il en soit, le problème de la tuberculose est à ce point endémique que l'on retrouve désormais, aux États-Unis, des ailes de tuberculeux dans les refuges pour sans-abri [178]. On envisage également de réutiliser auprès de cette population le vaccin BCG, bien que son efficacité soit très limitée [182].

4.1.5 Le SIDA

Quoique relativement récent, le SIDA a rapidement atteint la clientèle des refuges [183, 184]. Le facteur de risque le plus fréquemment invoqué dans la littérature est l'usage de drogues intraveineuses. Toutefois, lors d'une communication présentée à la V^e Conférence internationale sur le SIDA, tenue à Montréal en juin 1989, le Dr P. Greer est venu nuancer quelque peu ce qui précède. En regard des résultats découlant d'une étude menée dans un refuge de Miami où la séroprévalence était de 11.1%, il affirmait que le virus infectait, outre les clientèles habituellement atteintes, des gens dont le seul facteur de risque semblait être le fait d'être sans abri. Selon lui, cette conclusion serait attribuable aux contacts entre sans-abri et prostitué(e)s ou toxicomanes infectés, soit lors de relations sexuelles consenties, soit lors de relations sexuelles non consenties.

Depuis cette première reconnaissance de la clientèle des sans-abri comme groupe à risque d'être infecté par le VIH, les publications sur le sujet se sont multipliées et ont abordé plusieurs aspects du problème [185-188]. En général, les études concluent à une séroprévalence extrêmement élevée (par exemple, 13 à 14% chez les sans-abri de New-York [144]). Cette séroprévalence élevée, en conjonction avec la multirésistance tuberculeuse, diminue dramatiquement l'espérance de vie d'un très grand nombre de sans-abri. Le SIDA est davantage présent chez les jeunes, sans doute en raison d'un plus grand usage de drogues intraveineuses.

En raison de cette séroprévalence élevée, plusieurs auteurs se sont intéressés au développement de la prévention de la maladie parmi la population des sans-abri [189-191]. Les besoins en traitement et en hébergement de cette clientèle extrêmement démunie sont largement traités [192]. Une étude intéressante [193] a démontré que les personnes itinérantes atteintes du VIH utilisaient davantage les services de santé et les services sociaux lorsqu'elles bénéficiaient d'un soutien social. Dans d'autres populations, celui-ci se substituait plutôt aux services formels.

4.1.6 Les autres infections systémiques

Les infections, de manière générale, sont très fréquentes chez les sans-abri. Cela est attribuable à plusieurs facteurs: état de santé déficient, malnutrition et effets probables, quoique mal documentés, de la dépression et de l'anxiété [144, 158].

Des pneumonies, qu'elles soient bactériennes, virales ou parasitaires (dans le cas des personnes déjà infectées par le virus de l'immunodéficience humaine), sont fréquemment diagnostiquées chez les sans-abri qui consultent les services médicaux [144, 154, 157, 169, 194]. Les conditions socio-sanitaires (manque d'hygiène et froid) de même que l'alcoolisme et les déficiences immunitaires semblent expliquer cette grande incidence.

Dans les refuges qui accueillent les enfants, les méningites [195] et les gastro-entérites ont souvent été décrites [196, 197].

Par ailleurs, des auteurs se sont récemment intéressés à l'incidence des maladies transmises sexuellement chez les femmes itinérantes. Johnston et al. [198] ont observé, à partir des dossiers médicaux de 104 femmes sans abri, que 3% d'entre elles étaient atteintes d'une infection à

chlamydia, 6% de gonorrhée et 26% de trichomoniose. De plus, les résultats du test Pap étaient anormaux chez 30% des femmes de l'échantillon.

4.1.7 Les traumatismes

Les traumatismes se disputent la première place dans l'ordre d'importance des problèmes de santé rencontrés chez les itinérants [194]. Tous les intervenants soulignent l'extrême importance de ce type de problème [59, 156, 158]. Ces traumatismes peuvent être tant mineurs [121] que majeurs. Il s'agit souvent de perforations thoraciques résultant d'une agression à l'arme blanche, de brûlures subies lors d'incendies de logements occupés illégalement ou encore de polytraumatismes causés par le style de vie des personnes sans-abri [134, 158, 197]. Citons, par exemple, le déchargement du contenu d'un camion dans le container qui abritait un sans-abri. La vie dans la rue présente en outre des risques élevés d'agressions et de viols [158, 199].

4.1.8 Les problèmes reliés à la thermorégulation ou à l'exposition au froid et à la chaleur

Les brûlures causées par le soleil et les engelures sont très fréquentes [200]. Dans certaines villes américaines, les coups de chaleur surviennent communément en été. Par ailleurs, les hypothermies sont également fréquentes dans les régions où l'hiver est rigoureux [200]. Ces problèmes affligent surtout les personnes déjà intoxiquées par l'alcool ou par d'autres substances.

4.1.9 Les problèmes nutritionnels

Selon une étude montréalaise [201], 13,5% des sans-abri d'un refuge très fréquenté ont affirmé manger ce qu'ils trouvaient dans les poubelles. Même lorsqu'ils ne sont pas réduits à cette solution extrême, les itinérants dépendent souvent des soupes populaires pour leur subsistance. Or, ces dernières fonctionnent grâce à des dons de nourriture et, par conséquent, rien ne garantit qu'elles permettent une alimentation équilibrée, tant en termes de quantité que de qualité [156, 169, 202-206]. Par exemple, les soupes populaires et les banques alimentaires ont tendance à offrir des aliments trop riches en cholestérol, en gras saturé, en sucre [202] et en sodium [205]. Dans une étude menée auprès des sans-abri de la région de Los Angeles, Gelberg et al. [207] ont observé que 33% d'entre eux souffraient de malnutrition. Bien que peu de travaux aient été effectués sur le sujet, plusieurs carences nutritionnelles ont été identifiées. Par exemple, des déficiences en vitamines A, B₆, C et en zinc [208], en fer sérique [209] ou en thiamine sérique [210] ont été observées. Une insuffisance de cette dernière peut entraîner le développement d'une démence organique appelée syndrome de Wernicke-Korsakoff. Dans une étude australienne [211], on a observé des niveaux sériques plus adéquats chez les itinérants qui prenaient des suppléments vitaminiques.

4.1.10 L'épilepsie

De nombreux itinérants [59, 170, 212], même chez les très jeunes [213, 214], souffrent d'épilepsie. La fréquence des traumatismes crâniens pourrait expliquer en partie la prévalence élevée de cette maladie.

4.2 LES PROBLÈMES AGGRAVÉS PAR L'ITINÉRANCE

Les problèmes dont nous venons de faire état sont en quelque sorte causés par les conditions de vie des sans-abri. Néanmoins, d'autres types de problèmes, non directement attribuables à l'itinérance, n'en sont pas moins aggravés par les conditions de vie inhérentes à cette situation.

De façon générale, les protocoles de traitement des maladies chroniques tiennent pour acquis que les patients ont une maison, un appartement ou à tout le moins une chambre où ils peuvent

conserver leurs médicaments (et les réfrigérer si nécessaire), dormir tant le jour que la nuit et changer leurs pansements de façon hygiénique. Toutefois, l'absence de ces attributs qu'entraîne le défaut de posséder un logis cause des problèmes insurmontables aux sans-abri en regard du traitement de certaines maladies.

Le diabète est un exemple patent [144, 215]. Les seringues qu'utilisent les diabétiques pour s'injecter de l'insuline sont très convoitées par les toxicomanes de la rue. Les itinérants qui transportent sur eux leur matériel d'injection sont donc vulnérables aux agressions ou encore peuvent avoir, en temps difficiles, du mal à résister à la tentation de vendre ce matériel. En outre, l'insuline doit être conservée au froid et les personnes diabétiques doivent suivre une diète bien équilibrée, sans concentrés glucidiques. Or, aucune soupe populaire n'offre de tels menus. Un apport immédiat de glucose est également nécessaire en cas d'hypoglycémie. Des protocoles de traitement alternatifs ont donc été proposés. Ils suggèrent de viser un niveau plus élevé de glycémie afin d'éviter autant que possible les hypoglycémies peu contrôlables dans un contexte d'itinérance [215].

De la même façon, l'hypertension commande une approche particulière [144, 156, 194]. Les médicaments antihypertenseurs, que le sans-abri doit transporter sur lui continuellement, peuvent s'effriter à cause de la friction résultant des longues heures de marche. Un traitement par application de disque transdermal («patch» cutanée) serait mieux adapté [144, 216]. Quant au respect des rendez-vous, le fait que ces derniers «entrent en compétition» avec les horaires des soupes populaires et des refuges pour la nuit rend cet aspect difficile. S'ajoute à cela le style de vie désorganisé des itinérants.

L'épilepsie présente les mêmes problèmes de traitement que ceux dont nous venons de faire mention [59].

Le SIDA et les diverses néoplasies sont des exemples typiques de pathologies aggravées par l'itinérance [217]. Ces maladies exigent de ceux qui en sont atteints une vie stable, des horaires réguliers et beaucoup de repos. La douleur engendrée par certaines complications ne peut être soulagée que par des narcotiques, que ces malades affaiblis se font voler facilement. L'immunodéficience les rend vulnérables à la tuberculose et aux autres infections que les conditions de vie des refuges favorisent.

4.3 LES PROBLÈMES RELIÉS À L'ABUS D'ALCOOL OU DE DROGUES

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, certains problèmes de santé de la population itinérante sont tantôt attribuables à l'itinérance en tant que telle, tantôt davantage exacerbés par celle-ci. Toutefois, certains problèmes cliniques, qu'ils résultent de l'itinérance ou qu'ils soient aggravés par celle-ci, sont renforcés par les problèmes liés à l'abus d'alcool ou de drogues. Aussi, nous verrons dans cette section la façon dont ces problèmes interagissent avec la condition d'itinérance et font que les problèmes de santé physique des sans-abri se présentent, au regard de ces abus, avec une acuité particulière.

Certains problèmes causés ou aggravés par l'itinérance peuvent être associés à des problèmes liés à l'abus d'alcool, fréquents chez les sans-abri [156, 158, 212, 218, 219]. Par exemple, comme nous l'avons vu précédemment, les risques d'accidents thermorégulateurs sont plus élevés chez les personnes intoxiquées par l'alcool.

Il est aisé de comprendre que plusieurs traumatismes surviennent lorsque les itinérants sont en état d'ébriété. Ces traumatismes peuvent résulter, par exemple, d'une atteinte aux fonctions de l'équilibre ou encore des changements d'humeur entraînés par l'alcool.

Pour ce qui est du système digestif, certaines gastrites et cirrhoses sont liées à l'éthylisme [59, 218, 220]. Elles tiennent une place importante parmi les motifs de consultation, tel qu'observé dans les cliniques qui desservent une clientèle de sans abri.

Une infection rare, appelée «la fièvre des tranchées» en Europe durant la première guerre mondiale, la bactériémie à *Bartonella Quintana*, a été décrite récemment, de façon presque simultanée, chez 10 alcooliques itinérants à Washington [221] et chez trois autres en France [222].

L'alcoolisme est souvent associé au béri-béri. Il s'agit d'une carence en vitamines du complexe B, fréquente surtout dans les pays en voie de développement. Chez nous, cette maladie affecte principalement les personnes qui présentent à la fois un problème d'alcoolisme et une alimentation inadéquate, comme chez les sans-abri éthyliques. Cette carence entraîne une insuffisance cardiaque qui a été décrite dans les centre-ville pauvres [218].

Les sevrages d'alcool, fréquents et parfois très sévères, peuvent entraîner des convulsions et des délires.

Quoique beaucoup plus rare que le diabète de l'obèse ou le diabète juvénile insulino-dépendant, le diabète pancréatoprive, résultant d'une destruction du tissu pancréatique par l'alcool, peut se manifester chez les sans-abri qui sont éthyliques depuis de nombreuses années.

Quant aux toxicomanies, les médecins pratiquant dans les centre-ville des pays occidentaux connaissent bien le cortège des pathologies qui y sont associées. On pense ici aux fièvres «cotton fever», aux endocardites, aux hépatites B et C, aux cellulites aux points d'injection et au SIDA. Ces complications peuvent affliger les sans-abri, particulièrement ceux qui font usage de drogues intraveineuses [223].

4.4 LA MORTALITÉ

Les études portant sur la mortalité éclairent grandement notre compréhension des problèmes de santé reliés aux conditions de vie des itinérants [133].

Alstrom et al. [132] ont révisé les dossiers de 6 032 sans-abri en Suède, de 1969 à 1971. Ils ont dénombré 327 morts. La mortalité observée était 4 fois supérieure à la mortalité attendue. En fait, le taux de mortalité parmi la population des sans-abri était plus élevé que celui de la population en général au regard de toutes les causes de décès. La mortalité par accident était 12 fois plus élevée, celle découlant de maladies digestives, de même que la mortalité résultant de maladies respiratoires, étaient 7 fois plus élevées. La population itinérante de moins de 40 ans présentait un risque 9 fois plus élevé de décès.

Une étude de mortalité a été réalisée en Suède [219] mais ses résultats ne portent que sur 27 décès. Une étude semblable a aussi été effectuée à Atlanta [224]. Elle portait elle aussi sur un très petit nombre de décès (18). Malgré la faiblesse méthodologique de ces deux études, les auteurs concluent à l'importance des facteurs reliés à l'alcool pour expliquer la mortalité élevée des sans-abri.

Haughland et al.[225] ont étudié la mortalité d'ex-patients psychiatriques. Le ratio de la mortalité observée par rapport à la mortalité attendue s'élevait à 4,12 chez les 15-44 ans, soit la moitié moins que le ratio observé chez la population itinérante d'Alstrom et al. [132]. Dans une autre étude, Strut [226] a observé un SMR (ratio de mortalité standardisée) de 2,4 pour les utilisateurs à long terme de services psychiatriques communautaires. Les travaux d'Amdur et Soucherk [227] arrivent à des conclusions semblables. À la lumière de ces résultats, il semble donc que la pathologie psychiatrique ne peut expliquer à elle seule l'excès de mortalité chez la population des itinérants.

Une étude anglaise, publiée dans le *Lancet* en 1977, avait pour objet une recherche sur la mortalité du quartier Everton, à Liverpool. Ce quartier comptait un nombre 2 fois plus élevé de décès que les quartiers adjacents, où les conditions socio-économiques étaient pourtant équivalentes. Selon les auteurs, cette différence était attribuable à la présence de nombreuses maisons de chambre dans ce quartier; 23% de toutes les mortalités du quartier et 78% des décès par tuberculose [228] provenaient d'une de ces maisons, comptant à elle seule 200 lits.

L'étude la plus élaborée à avoir porté sur la question de la mortalité a été effectuée à Atlanta en 1987 [134]. Les auteurs ont révisé tous les certificats de décès de la ville d'Atlanta pendant une période de 6 mois. Ils ont identifié, parmi les personnes décédées, 40 sans-abri; 22 sans-abri étaient morts dehors; les 18 autres étaient morts à l'intérieur, 7 dans un bâtiment vacant, 5 dans des refuges, 3 dans des maisons ou appartements, un en prison, un dans un centre pour personnes présentant des problèmes d'abus d'alcool et un a été tué lors d'un vol. Alors que 48% des décès étaient accidentels, 40% étaient attribuables à des causes naturelles - causes reliées à l'alcool (6 cas), convulsions (3 cas), maladies cardiaques (4 cas) et maladies pulmonaires (3 cas). Cette étude s'est poursuivie et des résultats intérimaires, publiés en 1993, confirment les premiers résultats [131].

Bien que critiquée en raison de son devis qui entraînerait une sous-estimation de la mortalité [229, 230], l'étude plus récente de Hibbs et al. [130], à Philadelphie, a confirmé un taux de mortalité quatre fois plus élevé chez les itinérants que dans l'ensemble de la population.

4.5 L'UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS

Il existe un certain nombre de barrières à l'utilisation des services médicaux pour les sans-abri. Aux États-Unis, les coûts individuels inhérents à ces services sont élevés et il est nécessaire de souscrire à une assurance-maladie. Dans ce pays, jusqu'à 81% des sans-abri ne jouissent d'aucune forme d'assurance-maladie [231]. Cet état de fait explique que 40 [232] à 52% des sans-abri [233] ne reçoivent aucun soin de santé pour les troubles chroniques dont ils souffrent.

Par ailleurs, les difficultés de transport, les problèmes de garde d'enfants pour les mères monoparentales et les horaires des cliniques souvent incompatibles avec les files d'attente que doivent faire les sans-abri afin de subvenir à leurs besoins (repas, refuge pour la nuit, rendez-vous avec les travailleurs sociaux) compliquent encore davantage l'accès aux services de santé et ce, même dans les pays où ces services sont gratuits [137, 144, 234-238]. La bureaucratie et la fragmentation des services apparaissent comme des obstacles insurmontables. En outre, bien que de façon plus subtile, les différences culturelles et les attitudes souvent méprisantes du personnel soignant contribuent à éloigner les sans-abri du système de soins de santé [144, 197, 239-241].

Les itinérants font souvent une utilisation inadéquate du système de soins de santé [242]. Leur ratio hospitalisations/cliniques externes est plus élevé que dans la population en général, indiquant par là non seulement qu'ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement [137, 238]. De la même façon, ils se présentent davantage au service d'urgence qu'en bureau privé [127, 243-245] et utilisent les services de chirurgie en situation d'urgence plutôt que sur une base élective [246]. Ils ne respectent pas leurs rendez-vous. Cet aspect rend extrêmement difficile l'établissement d'un plan de traitement [156]. Les raisons de ce non-respect des rendez-vous sont notamment attribuables au fait que les sans-abri utilisent une partie importante de leur temps à effectuer des demandes d'aide de toutes sortes, à leur difficulté à demeurer dans une salle d'attente, à leur manque de confiance dans l'utilité d'un suivi et, quelquefois, à leur état d'ébriété ou d'intoxication [247]. Enfin, l'utilisation d'alias rend difficile l'utilisation des dossiers médicaux par les intervenants [230].

En outre, dans plusieurs pays, les lois ayant trait au traitement psychiatrique obligatoire ne permettent l'intervention des services de santé contre la volonté d'une personne que si elle constitue

un danger pour elle-même ou pour les autres [248]. Par conséquent, de nombreux sans-abri présentant une détérioration sévère de leur condition physique et dont la maladie entraîne une diminution de l'*insight* demeurent sans traitement [249].

Malgré ce portrait plutôt sombre, quelques travaux sont plus encourageants. Une étude de Linn et Gelberg [250], réalisée à San Francisco, a porté sur l'importance relative des besoins essentiels chez les personnes itinérantes. L'ordre de priorités suivant a été identifié: 1) une bonne santé; 2) une source stable de revenus; 3) un travail permanent; 4) un logis; et 5) des repas réguliers. Cette importance donnée à la santé explique, en partie du moins, le succès de certaines initiatives médicales s'adressant aux sans-abri [174].

Il existe différents modèles viables de soins essentiels qui, bien que structurés différemment, contiennent certains éléments communs [251]: 1) une approche holistique qui prend en compte l'environnement personnel et social; 2) l'*outreach*: le service est offert là où se trouvent les sans-abri; 3) les attitudes du personnel visant une acceptation globale et un apprivoisement progressif de la clientèle; 4) l'approche multidisciplinaire; 5) le *case management* et la coordination des services; et 6) la continuité des soins grâce à la continuité dans la relation avec un intervenant.

Voici quelques exemples de projets adaptés à la clientèle itinérante:

1. La «Mobile Surgery» à Londres [118]. Il s'agit d'une roulotte qui se déplace deux fois par semaine pour se rendre dans le *skid row* et sous les ponts. Le personnel est toujours composé des mêmes personnes et est en lien avec un hôpital universitaire. Les patients consultent spontanément et réussissent à maintenir une certaine assiduité à leurs rendez-vous. Ils se déplacent même pour retrouver la roulotte lorsqu'elle se trouve dans un autre quartier. Les soins de première ligne sont assurés sur place et les personnes sont référées à l'hôpital universitaire affilié lorsque des soins plus spécialisés sont requis. De la même façon, on a vu se développer, à Boston, un service ambulancier de soins dentaires desservant différents refuges [252].

2. Le «Primary Care Scheme» à Edimbourg [127, 253-255]. Au départ, ce modèle avait recours à des médecins de famille. Ceux-ci se rendaient «à domicile», en réponse aux appels logés par les gérants de maisons de chambre ou par des sans-abri. Par la suite, le projet s'est développé davantage et une équipe multidisciplinaire a été formée. Cette équipe travaille maintenant depuis la clinique de médecine familiale d'un centre hospitalier universitaire. Ce service a entraîné une meilleure utilisation des services d'urgence et l'augmentation de la proportion des itinérants inscrits sur les listes des médecins de famille. On peut attribuer une partie de ce succès au *Scottish Health Service* qui incorpore, au sein d'une même administration, l'hôpital, les services communautaires et le comité des médecins de famille et qui, en outre, permet diverses modalités de paiements [167].

3. Le «Pine Inn's Shelter» à Boston [156]. Située sur les lieux même d'un important refuge, cette clinique a recours aux services d'infirmiers permanents et de quelques médecins et étudiants bénévoles. L'originalité de cette approche réside dans le type de *outreach* intensif qui est pratiqué à cette clinique. En effet, les infirmiers visitent systématiquement tous les étages du refuge à la recherche de sans-abri malades et n'hésitent pas à «fouiller» les environs dans le but de retracer ceux qui manquent à leur rendez-vous.

4. Le «St-Vincent's SRO (Single Room Occupancy) and Shelters Program» à New York [156]. Ce programme fut mis sur pied suite aux observations d'un interne de l'hôpital St-Vincent au sujet du nombre élevé d'ambulances provenant d'une maison de chambres. Très élaboré, ce programme offre des services médicaux dans plus d'une quarantaine d'institutions pour sans-abri: hôtelleries, hôtels d'assistance sociale pour familles («welfare hotels»), refuges, missions et centres de jour. Un service de transport est offert aux itinérants qui nécessitent des soins en milieu

hospitalier. Ils y retrouvent souvent, par ailleurs, les mêmes personnes qu'ils avaient préalablement rencontrées au refuge.

5. Les cliniques de rue montréalaises [223]. Ces cliniques, tenues dans certains refuges et centres de jour, emploient une infirmière et un travailleur social dont la tâche est d'effectuer, principalement, un travail d'appropriation de la clientèle puis de liaison avec les services spécialisés ou de première ligne. Ces cliniques n'offrent toutefois pas la vaste gamme de services que l'on retrouve dans les cliniques de certains refuges américains. Cette approche permet d'éviter la «ghettoisation» des services exclusifs aux sans-abri.

Deux fondations américaines, la *Robert Wood Foundation* et la *Pew Memorial Trust*, ont fusionné certains de leurs programmes afin de subventionner des cliniques de soins essentiels pour sans-abri [251]. Ces dernières doivent intégrer dans leur structure certains des éléments que nous avons mentionnés plus haut. De plus, ces cliniques doivent être mises sur pied par une coalition locale d'intervenants. Le *Health Resources and Services Administration* propose également un modèle d'intervention qui s'adresse aux personnes très défavorisées, dont, il va sans dire, font partie les sans-abri. Le succès de ce modèle, appelé «les trois cercles de coopération» [144] repose sur la mise à contribution des praticiens de première ligne et des personnes qui viennent du domaine de la santé publique et des milieux académiques.

Enfin, dans une étude prospective, très intéressante portant sur la morbidité, Shanks [129] a démontré que les sans-abri de Manchester, lorsqu'ils avaient accès à des services de santé gratuits, ne consultaient pas davantage que l'ensemble de la population.

4.6 CONCLUSION

La littérature médicale qui traite de l'itinérance est surtout descriptive et on y rencontre des problèmes méthodologiques importants. Elle est surtout constituée d'études réalisées à partir des dossiers de cliniques de soins ambulatoires pour sans-abri.

Les enquêtes épidémiologiques constituent un autre volet de cette littérature. Elles sont complétées, dans certains cas, par un examen physique et des analyses sanguines.

Enfin, les études de mortalité contribuent à améliorer les connaissances ayant trait aux problèmes des personnes itinérantes. Elles permettent de plus d'entrevoir la sévérité des problèmes de santé qui affligent les personnes sans abri.

En résumé, les sans-abri présentent des problèmes de santé particuliers, notamment, les hypothermies, les coups de chaleur ou encore le pied de tranchées. D'autre part, certains problèmes de santé déjà présents, comme le diabète, les néoplasies ou l'épilepsie, sont aggravés par les conditions de vie qui rattachées à l'itinérance. Ces problèmes entraînent chez les sans-abri un taux de mortalité très élevé.

L'utilisation des services de santé est déficiente. Cette situation résulte de facteurs qui ont trait tant aux habitudes de vie des sans-abri qu'au fonctionnement du système de santé. Toutefois, de plus en plus, aux États-Unis et en Europe surtout (particulièrement en Angleterre), des modèles viables de soins de première ligne sont mis sur pied.

Chapitre 5

SANTÉ MENTALE

Louise FOURNIER

Depuis le début des années '80, on note une nette recrudescence des écrits qui portent sur les troubles mentaux chez les personnes sans abri. En fait, cela paraît refléter l'augmentation du nombre de malades mentaux parmi cette population. La réforme dans le domaine des soins psychiatriques a largement été mise en cause comme étant à l'origine de cette augmentation, plus particulièrement la désinstitutionnalisation jumelée à l'insuffisance de programmes communautaires s'adressant aux malades mentaux chroniques pour combler la perte de lits [21, 101, 167, 194, 256-269].

D'autres facteurs ont aussi été mis en cause pour expliquer l'augmentation des malades mentaux parmi la population sans abri. Des facteurs économiques défavorables tels que le non-emploi, les coupures dans les programmes d'assistance sociale [21, 101, 167, 194, 258, 259, 261, 262, 264, 265, 270], la diminution des logements à prix modique et l'embourgeoisement des centres-villes [101, 167, 258, 261-264, 270] ont favorisé cette augmentation. Des facteurs démographiques ont également joué un rôle dans ce sens, entre autres, la croissance démographique suite au *baby boom* de l'après guerre qui a eu pour conséquence l'augmentation du nombre absolu de malades mentaux [257] et l'augmentation de l'instabilité et de la violence familiale [194, 262].

Depuis le début des années '80, cette problématique revêt un caractère d'urgence et ce, en particulier aux Etats-Unis où le phénomène des malades mentaux sans abri est particulièrement visible. Face à cette situation, les américains ont investi de grandes sommes d'argent pour tenter de solutionner ce problème. Le *National Institute for Mental Health* (NIMH), par exemple, a subventionné plusieurs projets de recherche importants [271]. La communauté scientifique dans le domaine de la psychiatrie a été très active, ce qui explique le nombre élevé d'écrits qui portent sur ce sujet.

5.1 ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES SANS-ABRI

Cette population pose des défis méthodologiques importants pour les chercheurs en épidémiologie. À cet effet, la variation des taux de prévalence observés entre les études est très éloquent. Fischer [272], dans une recension des écrits portant sur les résultats de recherche parus depuis 1980, rapporte, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, des taux variant de 2% à 90%. Plusieurs éléments peuvent être à l'origine de ces variations: l'absence de consensus dans la définition de ce qu'est un sans-abri, le choix des sites où se font les études, la variation dans les

critères permettant de déterminer la présence d'un trouble mental ou encore le type de mesure utilisée [273].

Comme Fischer [272] le proposait, Fournier [53] a tenté de maximiser ces estimés de prévalence des différents troubles mentaux en contrôlant ces éléments lors de la comparaison de ces études. La première étape a été de sélectionner les études qui présentaient le moins de biais méthodologiques et le plus grand nombre possible de points de comparaison. Ainsi, le site d'échantillonnage des différentes études se situait majoritairement dans les refuges, la sélection des sujets était soit aléatoire, soit exhaustive, les critères diagnostiques étaient ceux du DSM-III ou du DSM-III-R, la méthode de mesure était soit une évaluation clinique par un psychiatre, soit l'utilisation d'un instrument standardisé, et la période de prévalence considérée était le cours de la vie. Malgré cette sélection, un certain nombre de différences méthodologiques subsistaient. La deuxième étape a donc été, en tenant compte des qualités méthodologiques de chaque étude, de comparer les prévalences de chaque étude pour faire ressortir les convergences et d'éliminer les données qui s'écartaient trop.

Selon ces études [53, 100, 109, 196, 274-277], le portrait de la prévalence des différents troubles mentaux au cours de la vie chez les sans-abri serait le suivant: 28 à 37% ont présenté une pathologie mentale au cours de leur vie, 3,3 à 5% présentent actuellement des troubles cognitifs, 7,8% à 13% ont déjà souffert ou souffrent encore de schizophrénie, 8,2 à 17,5% ont eu ou ont un trouble de dépression majeure et environ 5%, un trouble bipolaire. Toutes ces prévalences sont au moins de 4 à 5 fois plus élevées que celles qui sont observées dans la population en général [278].

En ce qui concerne la période que couvrent les taux de prévalence, peu d'auteurs ont présenté de résultats de prévalence des troubles mentaux correspondant à des périodes plus récentes. Koegel et al. [276], dans une étude réalisée à Los Angeles, ont rapporté les prévalences correspondant aux six derniers mois alors que North et Smith [279], dans une étude effectuée à St-Louis (Missouri), font état de prévalences couvrant la dernière année.

Les prévalences de schizophrénie que nous venons de mentionner proviennent, pour la plupart, d'études où des instruments standardisés ont été utilisés par des interviewers sans formation clinique. Habituellement, les prévalences de ce trouble sont beaucoup plus élevées lorsque l'évaluation diagnostique est faite par un psychiatre lors d'une évaluation clinique ou encore par un clinicien qui utilise des instruments cliniques (comme le SCAN). Dans ces derniers cas [109, 274, 280], les prévalences se situent aux environs de 30%, ce qui est presque trois fois plus élevé que les prévalences obtenues avec des instruments standardisés et utilisés par des non-cliniciens. Il est difficile pour le moment d'établir qui a tort ou raison, compte tenu de l'état actuel des connaissances dans le domaine de la mesure des troubles mentaux.

D'autres ont abordé la problématique de la santé mentale en mesurant le niveau de détresse psychologique [47, 111, 281-285]. Gelberg et Linn [281], par exemple, rapportent que les sans-abri montrent une plus grande détresse psychologique (80%) que la population en général (49%). Toro et al. [284] ont étudié la détresse psychologique et les troubles mentaux sévères en comparant trois groupes de personnes pauvres: 1) 59 sujets sans abri au moment de l'étude; 2) 31 sujets qui ont déjà été sans abri mais qui ne le sont pas au moment de l'étude; et 3) 54 sujets qui n'ont jamais été sans abri. Les auteurs ne trouvent pas de différence significative entre les trois groupes dans les prévalences de la schizophrénie ou des troubles affectifs majeurs mais observent des scores plus élevés parmi le groupe des sans-abri actuels que parmi les deux autres groupes, et cela dans plusieurs sous-échelles de détresse psychologique (SCL-90-R). Les sans-abri actuels ont aussi des scores plus élevés en ce qui concerne les événements de vie stressants. Cela suggère que ces symptômes de détresse seraient le reflet d'une situation de crise temporaire. Schutt et al. [283] observent aussi chez les sujets sans abri une plus grande détresse psychologique que dans l'ensemble de la population et montrent que cette détresse est associée aux idées suicidaires. D'ailleurs, deux études montrent qu'environ 30% des personnes sans abri ont déjà fait une tentative

de suicide [286, 287]. Dans l'étude de Susser et al. [112], 19% des hommes interrogés dans les refuges de New York ont dit avoir déjà fait une tentative de suicide, 6% ont rapporté en avoir fait plus d'une et 7% ont avoué qu'ils avaient des pensées suicidaires au moment de l'étude.

Les sans-abri ont plus de problèmes de santé mentale que l'ensemble de la population domiciliée mais est-ce que cette relation demeure vraie si les sans-abri sont comparés à une population domiciliée pauvre? Plusieurs auteurs ont tenté de répondre à cette question en comparant un échantillon de personnes sans abri à un échantillon de personnes domiciliées de faible revenu [284, 287, 288]. Les résultats de Linn et al. [287] montrent que les sans-abri sont plus nombreux à avoir été hospitalisés pour des problèmes psychiatriques ou des problèmes d'alcool ou de drogue (40% vs 17%), à avoir fait des tentatives de suicide (30% vs 20%) et à avoir eu des symptômes psychotiques récemment. Smith et al. [288] ont comparé des femmes sans abri à des femmes domiciliées pauvres et à des femmes domiciliées qui n'étaient pas considérées pauvres. Leurs résultats montrent que les femmes sans abri ont des prévalences plus élevées de dépression majeure et de l'état de stress post-traumatique que les deux autres groupes (qui avaient des prévalences similaires). Pour la schizophrénie et la manie, les prévalences étaient plus élevées chez les femmes sans abri mais, dans ces cas, ces prévalences étaient plus comparables à celles des domiciliées pauvres. À l'inverse, la prévalence du trouble de l'anxiété généralisée était moins élevée chez les femmes sans abri que chez les femmes domiciliées.

Plusieurs [53, 100, 289-291] s'entendent pour dire que les hommes et les femmes sans abri diffèrent sur le plan de la santé mentale. L'étude de Herzberg [289], comparant un groupe de femmes et d'hommes sans abri hospitalisés montre que les femmes souffrent davantage de schizophrénie et de dépression alors que les hommes ont davantage de problèmes d'alcool. Selon l'auteur, une explication possible de cette différence serait la tendance des policiers à référer les femmes malades à l'hôpital et les hommes malades en prison. Il note aussi que les femmes sont moins coopératives lors du traitement. Breakey et al. [100] constatent aussi, lors de la grande enquête épidémiologique menée auprès de la population des sans-abri de Baltimore, que les femmes souffrent davantage de schizophrénie et les hommes d'alcoolisme. North et Smith [292] notent un effet d'interaction entre le sexe et l'ethnicité. Ainsi, les femmes blanches ont des prévalences plus élevées de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de dépression majeure que les autres femmes ou que les hommes sans abri en général. Les hommes blancs ont les prévalences les plus élevées de troubles liés à la consommation d'alcool, suivis des autres hommes, des femmes blanches et enfin des femmes qui ne sont pas blanches.

Il existe aussi des différences liées à l'âge. L'étude épidémiologique de Koegel et al. [276] menée à Los Angeles, montre que les sans-abri âgés (41-69 ans) sont davantage alcooliques, que les jeunes (18-30 ans) sont davantage toxicomanes et que le groupe âgé de 31 à 40 ans présente davantage de troubles de schizophrénie et de personnalité antisociale. L'enquête épidémiologique de Fournier [53], menée auprès de la clientèle des missions et refuges de Montréal, rapporte des résultats semblables. De plus, selon cette étude, la catégorie d'âge qui apparaît la plus affectée par les troubles mentaux très sévères et chroniques est celle des 30 à 44 ans où l'on retrouve une prévalence de 16,4% de schizophrénie.

Plusieurs ont étudié la prévalence des troubles mentaux en fonction du site échantillonné ou du type d'itinérance. Par exemple, Breakey et al. [100] rapportent que les sans-abri qui se retrouvent en prison souffrent davantage de schizophrénie et d'alcoolisme que les sans-abri des missions et refuges. Peddicord et al. [293], qui ont comparé la clientèle des refuges aux résidents des SRO («Single-Room Occupancy», maison de chambres), ont noté que les clients des refuges ont plus d'incapacités mentales et moins de soutien social alors que les résidents des SRO ont plus d'incapacités physiques. Hannappel et al. [294], ayant comparé les «street people» (sans-abri qui dorment dehors) aux utilisateurs modérés et aux grands utilisateurs de refuges, n'ont observé aucune différence, en termes socio-démographiques, de détresse psychologique, d'histoire d'hospitalisation psychiatrique ni de volonté à utiliser les services. Par contre, ils ont noté que le

processus d'engagement dans les services est plus difficile pour les «street people», qu'ils nécessitent un plus grand soutien une fois engagés dans les services, qu'ils sont sans abri depuis plus longtemps et qu'ils expriment un plus grand besoin de soutien social.

Koegel et al. [276], pour leur part, ont noté des différences entre les sans-abri qui en étaient à leur premier épisode et les sans-abri qui présentaient une itinérance cyclique ou chronique (long terme: plus d'un an). Ceux du premier groupe souffraient moins de schizophrénie, avaient moins de troubles d'abus de substances psychotropes mais étaient plus dépressifs. Susser et al. [112] ont aussi noté que les nouveaux arrivés dans l'itinérance étaient plus jeunes et présentaient moins de problèmes psychiatriques que les sans-abri de longue date (plus de 5 ans).

À partir des données de leur étude, Arce et al. [274] distinguent trois sous-groupes parmi la population sans abri: 1) les «street people»: un plus grand nombre d'entre eux sont psychotiques, présentent un trouble de schizophrénie et quelques fois d'abus de substances, ont déjà été hospitalisés en psychiatrie et ont plusieurs problèmes de santé; 2) les sans-abri épisodiques: ils sont plus jeunes, ont davantage un trouble de personnalité, un trouble affectif ou une toxicomanie; ils alternent entre l'état de domicilié et de sans-abri et tendent à utiliser de façon sporadique plusieurs services de santé mentale et des services sociaux; 3) les sans-abri situationnels: ils vivent actuellement une période de stress associée à une situation défavorable particulière, sont sans abri de manière temporaire et présentent une désaffiliation beaucoup moins prononcée.

Enfin, signalons une dernière étude montréalaise [295] montrant comment les politiques d'admission inconditionnelle et de non-intervention d'un centre (Dernier Recours Montréal) ont contribué à rassembler une population de sans-abri très particulière. La clientèle de ce centre, par rapport à celle des autres refuges, était plus jeune, plus francophone, davantage originaire de Montréal et de la province que de l'extérieur du Canada. Cette clientèle avait davantage dormi dehors au cours de la dernière année, présentait beaucoup de troubles mentaux sévères (24% répondaient à ce moment aux critères d'un schizophrénie ou d'un trouble bipolaire) et la moitié avait fait un séjour en prison au cours de la dernière année. Maladie mentale sévère et criminalité caractérisaient la clientèle de ce centre.

Nous avons repéré deux études canadiennes qui rapportent des prévalences de troubles mentaux chez les populations itinérantes. L'une, réalisée à Vancouver dans sept refuges [296], rapporte des taux plus bas que ce qui est observé dans les études américaines. L'auteur conclut que ces taux plus faibles pourraient être attribuables aux services en santé mentale qui seraient plus facilement accessibles et plus développés à Vancouver que dans plusieurs villes américaines. L'autre, [53] réalisée à Montréal dans 29 centres accueillant une clientèle itinérante, arrive aux mêmes conclusions. Cependant, comme le signalent les auteurs de ces deux études, les prévalences observées demeurent tout de même beaucoup plus élevées que ce qui est observé dans la population en général.

Signalons enfin une étude qui a comparé les prévalences des troubles mentaux chez les itinérants entre des régions à forte et à faible densité de population en Pensylvanie. Kales et al. [286] arrivent à la conclusion que ces taux sont moins élevés dans les régions à faible densité de population.

5.2 PROBLÈMES PARTICULIERS DES MALADES MENTAUX SANS-ABRI

Plusieurs ont tenté de caractériser les sans-abri présentant des troubles mentaux par rapport aux sans-abri n'ayant pas ce type de problèmes. Les premiers se différencient des seconds par une moins bonne santé physique [96, 113, 209, 291, 297, 298], une histoire plus longue d'itinérance [96, 113, 209, 288] et d'utilisation des refuges [113], par le fait qu'ils sont plus démunis par rapport au marché du travail [113, 290, 291], qu'ils ont moins de contacts avec la famille et les amis ou présentent une plus grande désaffiliation [290, 298, 299], qu'ils sont plus méfiants [290],

qu'ils évitent les services de santé [290], qu'ils sont davantage victimisés [96, 209, 297, 300] et davantage impliqués dans des activités criminelles [96, 209, 291, 298].

Gelberg et al. [96, 209] ont comparé trois groupes de sans-abri répartis en fonction de leur utilisation des services de santé mentale: 1) ceux qui ont été hospitalisés en psychiatrie; 2) ceux qui ont été soignés en externe; 3) ceux qui n'ont jamais utilisé ces services. En plus de certaines différences notées aussi par d'autres auteurs (voir paragraphe précédent), les sujets du premier groupe, par rapport à ceux des deux autres groupes, sont plus affectés sur le plan psychique, utilisent davantage l'alcool et les drogues, sont moins nombreux à dormir dans les refuges et à utiliser les soupes populaires, ont davantage été hospitalisés pour des problèmes de santé physique et ont de moins bonnes mesures d'hygiène.

L'étude de Padgett et Struening [297] montre aussi que les sans-abri qui ont des problèmes d'abus de substances ou des problèmes de santé mentale font davantage usage des services d'urgence de l'hôpital que les autres sans-abri mais qu'ils ne consultent pas nécessairement à propos de ces problèmes. Selon les auteurs, ces résultats s'expliqueraient par une plus grande vulnérabilité et victimisation des malades mentaux et par un plus grand nombre de problèmes de santé physique résultant d'abus de substances ou de maladie mentale.

Il est très fréquent que les malades mentaux sans abri présentent de manière concomitante des troubles liés à l'usage de drogue ou d'alcool, donc désignés comme présentant un double diagnostic [53, 276, 288, 301]. Par exemple, dans l'étude de Smith et al. [288] menée auprès de 300 femmes itinérantes de St-Louis, 44% de celles qui présentaient un trouble mental (axe 1 du DSM-III-R) non lié à l'abus de substances (ex: schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure, etc.) présentaient aussi un trouble lié à la consommation de l'alcool ou de drogues (prévalences sur le cours de la vie). Dans l'étude de Fournier [53], 74% des personnes qui présentaient un trouble mental présentaient aussi un trouble lié à l'usage de substances toxiques. Au total, cela signifiait donc que 32% de l'ensemble des sujets présentaient un double diagnostic. Elle observe aussi que les personnes les plus à risque de présenter un double diagnostic sont celles âgées de 30 à 44 ans. Selon l'étude de Koegel et al. [276], les schizophrènes présentant un problème d'abus de substances sont plus à risque de vivre une itinérance à long terme ou épisodique. Schutt et Garrett [290], pour leur part, ont observé que les personnes présentant un double diagnostic vivent davantage dans la rue et ont des problèmes légaux. Drake et al. [302] identifient ce sous-groupe de sans-abri comme étant particulièrement vulnérable, hétérogène et ayant des besoins de soins complexes. Ces auteurs signalent l'importance de se donner des buts plus humbles par rapport à ce type de population: protection, soutien et structure, par exemple.

Une excellente et très récente étude de Ravah et Link [303], menée auprès d'un échantillon de 518 itinérants présentant un double diagnostic, mérite que nous nous y attardions. Cette étude fournit des informations beaucoup plus précises sur ce sous-groupe d'itinérants. En termes socio-démographiques, la moyenne d'âge de ces sujets est de 33 ans, la majorité sont d'origine ethnique afro-américaine (57,6%) et 77,6% n'ont jamais été mariés. La substance toxique la plus utilisée est le crack (47,2%), suivi de l'alcool (19,8%). Plus des trois-quarts ont été arrêtés au moins une fois au cours de leur vie. Les principaux motifs de ces arrestations étaient d'avoir vendu de la drogue (30,1%) et d'avoir commis un vol par effraction (26,8%) ou à main armée (23,9%). Parmi ces sujets, 56,5% ont été condamnés. Concernant leur histoire familiale avant l'âge de 13 ans, plus de la moitié de l'échantillon ne vivaient pas avec leur père et près de 30% ne vivaient plus avec leur mère. La majorité des pères (64,4%) et plus du tiers des mères (39,8%) avaient, selon les personnes interrogées, des problèmes d'abus de substances et/ou de maladie mentale et plusieurs étaient impliqués dans une forme quelconque d'activité criminelle. Quant à l'emploi, seulement 20,3% des sujets avaient occupé un emploi à plein temps dans les derniers trois ans. Le portrait-type qui se dégage est donc celui d'un homme âgé entre 25 et 39 ans, Noir ou hispanophone, ayant de sérieux problèmes psychiatriques et des problèmes chroniques d'abus de substances, ayant été privé de l'amour et des soins de ses parents, étant complètement dépourvu économiquement, et

ayant une histoire d'activité criminelle. Bien que les auteurs reconnaissent que, sans la présence d'un groupe contrôle, il soit difficile de conclure à propos des facteurs de risque de l'itinérance chez les personnes présentant un double diagnostic, ils offrent néanmoins une hypothèse explicative fondée sur les expériences déficientes de socialisation. Comme la plupart ont grandi sans le soutien social nécessaire et sans modèle adéquat, les mécanismes sociaux qui empêchent normalement une personne de devenir déviante, ont failli. Selon les auteurs, l'absence du père, la négligence des parents et l'isolement sont les facteurs explicatifs les plus importants.

La séropositivité est un autre problème parfois présent chez les malades mentaux sans abri [173, 188, 190, 304, 305]. Empfield et al. [188], dans une étude de séroprévalence menée dans un hôpital de New York auprès de 203 sans-abri souffrant de troubles mentaux sévères, rapportent une prévalence de 6,4%; les malades mentaux les plus à risque d'être séropositifs sont ceux qui ont moins de 40 ans et ceux qui ont fait usage de drogues intraveineuses. Susser et al. [304], dans une étude menée dans un refuge auprès de 62 personnes présentant des troubles mentaux sévères, rapportent un taux de 19,4%. Stewart et al. [305], dans une étude menée dans un hôpital psychiatrique auprès de 533 patients, observent que 5,8% de ceux-ci sont séropositifs alors que 10,1% des patients sans abri le sont. Ces auteurs concluent que l'itinérance, de même que l'usage de drogues intraveineuses et les relations sexuelles entre hommes, constituent, en regard de la séropositivité, des facteurs de risque chez les personnes souffrant de maladies mentales.

5.3 FACTEURS DE RISQUE DE L'ITINÉRANCE POUR LES MALADES MENTAUX

Plusieurs facteurs de risque de l'itinérance chez les malades mentaux ont été identifiés à partir d'études qui ont comparé des malades mentaux sans abri et domiciliés et d'études de suivi de patients hospitalisés en psychiatrie. En résumé, les principaux facteurs de risque de l'itinérance qui ressortent de ces études sont:

- certaines caractéristiques individuelles [301], comme le fait d'être un homme et d'être jeune;
- certaines caractéristiques reliées au vécu dans l'enfance [306, 307] comme la violence familiale, les abus sexuels, l'éclatement de la famille, les placements en foyer nourricier ou en foyer de groupe, les antécédents juvéniles;
- certaines vulnérabilités liées à la maladie ou au type de personnalité comme:
 - les problèmes d'alcool et de drogues [301, 308-311],
 - les symptômes psychiatriques plus sévères [301, 310] et la chronicité [309, 310],
 - des symptômes négatifs [308, 311, 312],
 - les pensées et actions désorganisées, la confusion, la capacité limitée de faire face aux demandes de la vie ou les habiletés minimales pour résoudre les problèmes ou combler les besoins de base, la dépendance [262, 263, 270, 310, 311, 313],
 - l'incapacité à tolérer les frustrations, à gérer les agents stressants, l'impatience, l'irritabilité [262, 263, 270, 314],
 - l'isolement social, les difficultés à développer des relations personnelles intimes et à utiliser les réseaux de soutien social, la désaffiliation [262, 263, 310, 313, 314],
 - la tendance à poursuivre des buts irrationnels, irréalistes [311],
 - l'incapacité d'accepter les règles sociales ou d'avoir un rôle significatif dans la société [270, 314];
- certaines situations stressantes [312] comme des situations conflictuelles, des problèmes de logement, d'évincement, des problèmes d'emploi, le fait d'avoir été victime d'agression;

- et enfin, certains patterns d'utilisation des services comme les réhospitalisations [309, 312] et la non-observance du traitement médicamenteux [301, 308, 310].

Une dernière étude publiée en 1994 par Caton et al. [315, 316] nous est apparue particulièrement intéressante en regard des facteurs de risque de l'itinérance pour les malades mentaux. Dans cette étude, deux échantillons de 100 schizophrènes sont comparés, l'un composé de sans-abri et l'autre de domiciliés à faible revenu qui n'ont jamais été sans abri. Les résultats indiquent que les deux groupes sont comparables en termes de moyenne d'âge (32 ans) mais distincts du point de vue de l'appartenance à une minorité ethnique (89% des sans-abri font partie d'une minorité ethnique comparativement à 76% des domiciliés). Les premiers sont plus nombreux à avoir des problèmes d'abus de drogues, des troubles de personnalité antisociale et présentent plus souvent un double diagnostic (82 vs 58%). Ils ont davantage vécu dans des familles défavorisées, ont eu plus de problèmes à l'école, ont commencé à prendre de la drogue assez tôt dans l'adolescence, ont été plus enclins à l'hyperactivité dans l'enfance et sont plus nombreux à avoir fait un séjour en prison. Par rapport à l'utilisation des services, ils sont moins nombreux à avoir eu un suivi thérapeutique à long terme et ont été retournés à la rue ou dans les refuges après avoir reçu leur congé de l'hôpital (50%).

5.4 THÉORIES EXPLICATIVES

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la présence de malades mentaux parmi la population sans abri. Une première se rapporte à la maladie mentale comme telle, considérée comme pouvant être responsable de l'itinérance de la personne. D'ailleurs, la plupart des auteurs s'entendent pour dire que les personnes souffrant de maladie mentale, ou du moins de maladie mentale sévère, ont connu leur première période de maladie avant leur premier épisode d'itinérance. Ainsi, Morse et Calsyn [317], qui ont étudié l'histoire d'un sous-groupe de sans-abri ayant déjà été hospitalisés en psychiatrie, constatent que dans 73% des cas, l'hospitalisation a précédé la première période d'itinérance. Fournier et al. [318] arrivent à des résultats semblables. Dans le même sens, North et al. [104] observent que les premières manifestations de comportements antisociaux ont précédé le premier épisode d'itinérance parmi la grande majorité des personnes interrogées. Selon eux, les données ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle l'itinérance mène fréquemment à des comportements antisociaux. Ces comportements auraient plutôt prédisposé ces personnes à l'itinérance. Cependant, ils signalent que leurs conclusions ne sont pas incompatibles avec l'idée que ces tendances antisociales puissent être exacerbées par l'itinérance. Comme on le verra plus loin, le mode de vie des sans-abri peut aussi effectivement produire une détérioration psychique.

Bachrach [319] a tenté de montrer comment la maladie mentale peut être à l'origine de l'itinérance. Selon cette auteure, l'itinérance chez les malades mentaux pourrait être le reflet d'incapacités multiples (primaires, secondaires, tertiaires) qui sont cumulatives et se renforcent mutuellement. L'incapacité primaire se situe au plan de la maladie psychiatrique ou des symptômes, l'incapacité secondaire au plan des handicaps entraînés par la maladie alors que l'incapacité tertiaire vient des réactions sociales face à la maladie, par exemple, l'appauvrissement des relations sociales, la diminution des réseaux sociaux, les stigmates, etc. L'itinérance chez la personne souffrant de maladie mentale est considérée comme un type d'incapacité tertiaire. Cette théorie est intéressante dans le sens qu'elle permet d'intégrer les résultats de plusieurs études.

Milburn et d'Ercole [320] ont proposé le modèle de stress de Pearlin et al. (1981) pour expliquer l'itinérance chez les malades mentaux. Selon eux, cette conception permet d'intégrer la pluridimensionalité de l'itinérance. Les trois composantes du modèle sont (1) l'exposition à des stressors aigus et chroniques, (2) l'interaction entre ces stressors et (3) les ressources psychologiques et sociales qui atténuent l'impact des stressors. Ces composantes ont été utilisées pour mettre en relief les facteurs de risque et les circonstances atténuantes chez des femmes sans abri. Dans ce cas particulier, le stress vient du fait d'avoir été victime d'agression et les ressources sont celles du réseau de soutien social. Les auteurs adoptent une conceptualisation transactionnelle

du stress *i.e.* que le stress ne réside ni dans la situation ni dans la personne mais dans une interaction entre les deux.

L'une des thèses les plus courantes a trait au désengagement, à la désaffiliation ou au processus graduel de «dérive» («drift down theory»). Appleby et Desai [321] voient l'itinérance comme la fin d'un processus, la fin d'une série d'expériences de désengagement. Ils la considèrent comme un indicateur global de l'étendue de l'aliénation générale en rapport à la société et comme l'indice extrême de cette instabilité. Bassuk [259] rejoint ces auteurs en attribuant la cause profonde de l'itinérance à la totale déconnexion des réseaux de soutien et des institutions plutôt qu'à la maladie ou au non-emploi. Selon elle, l'itinérance est souvent l'étape finale d'une série de crises et d'opportunités manquées et est le point culminant d'un désengagement graduel face aux relations de soutien et aux institutions.

Benda [28] défend la théorie de la dérive («Drift down theory»). Selon eux, la grande présence de malades mentaux, de criminels et de toxicomanes parmi les sans-abri est le résultat des conditions naturelles de compétition qui distribuent les gens à travers les différentes classes sociales en fonction de leurs capacités (faiblesses morales naturelles ou induites par les drogues). Il a fait une étude auprès de 345 sujets dans le but d'évaluer si certains de leurs problèmes majeurs sont reliés à des expériences similaires dans le passé et si ces derniers peuvent servir de prédicteurs à leurs problèmes actuels. Ses résultats montrent que les sans-abri ex-psychiatisés ont davantage de symptômes de détresse psychologique actuels que les sans-abri jamais hospitalisés en psychiatrie et que les sans-abri ayant déjà été emprisonnés commettent présentement plus de crimes et boivent davantage que les sans-abri jamais emprisonnés (criminalité, drogues et alcool étant reliés). Les données de l'étude soutiennent, selon l'auteur, l'hypothèse de la «dérive» comme explication de la présence d'un grand nombre de sans-abri. Ainsi, il semble très improbable que les circonstances actuelles de plusieurs sans-abri soient les seules causes ou les facteurs précipitants premiers de leurs problèmes actuels.

Lamb [322] défend une théorie semblable. Les jeunes patients chroniques se laissent aller, soit pour laisser leurs problèmes et échecs derrière eux, soit pour essayer de trouver ou d'éviter les rapprochements (intimité), soit pour chercher leur autonomie ou pour éviter les programmes de traitement. La prévention de l'itinérance consisterait alors à travailler avec ces jeunes alors qu'ils sont encore motivés à faire des changements.

Quelques auteurs [103, 323, 324] ont aussi regardé l'itinérance comme facteur qui affecte le cours de la pathologie. Cette condition de vie tendrait à rendre plus aiguë la symptomatologie psychiatrique et contribuerait aux problèmes de santé mentale.

L'étude de Koegel et Burnam [325] montre que, dans un nombre significatif de cas, la dépression n'était pas présente au début de l'itinérance. Dans la majorité des cas, ces individus n'avaient pas eu de dépression au cours des cinq années qui avaient précédé la première période d'itinérance. En d'autres mots, l'expérience stressante et démoralisante d'être itinérant peut se manifester par des taux élevés de dépression. Ces données indiquent que l'itinérance peut ne pas toujours être le résultat d'une grande vulnérabilité due à un problème psychiatrique déjà existant. Au contraire, l'itinérance elle-même peut catalyser et/ou exacerber la maladie mentale, produisant des troubles qui n'existaient pas auparavant. Il est donc primordial de pouvoir distinguer les manifestations et les effets provenant de la maladie de ceux provenant de l'environnement et de la culture des sans-abri.

La Gory et al. [326] utilisent un modèle de ressource sociale pour expliquer les variations dans la prévalence des symptômes dépressifs chez les sans-abri. Leur modèle permet d'expliquer 31% de la variance de ces symptômes. Dans ce modèle, la première série de variables du modèle comprend l'âge, le sexe, la race, l'éducation, l'histoire d'itinérance et l'histoire d'utilisation des services en santé mentale. Ces éléments auront un impact sur les ressources psychologiques et le

soutien social qui, à leur tour, auront une influence sur les symptômes dépressifs. Schutt et al. [283], qui se sont inspirés du modèle de La Gory et al., concluent, pour leur part, que le soutien social a un effet indépendant et interactif et que son rôle médiateur n'est pas évident.

Certes, on ne peut considérer qu'un seul niveau d'analyse quand on traite du problème des sans-abri. Plusieurs dimensions sont impliquées et ce ne sont pas toujours les mêmes d'un individu à l'autre. Comme le disait Frazier [327], pour certains malades mentaux itinérants, la nature et les symptômes de leur maladie peuvent être une cause directe de l'itinérance. Cependant, le manque de ressources économiques est presque toujours le précipitant immédiat.

Selon Susser et al. [112], on ne devrait pas chercher les racines de l'itinérance uniquement dans les incapacités des individus. Quoique ces incapacités jouent un rôle déterminant dans la genèse de l'itinérance, les causes fondamentales de celle-ci résident à un niveau sociétal plus large. Hopper [328] s'insurge contre le modèle des capacités altérées («impaired capacity model») selon lequel les troubles mentaux sont responsables de l'itinérance. Ce modèle, dit-il, continue de dominer les débats publics et les discussions cliniques; les itinérants sont vus comme différents, étranges et souvent dangereux et l'itinérance demeure enfermée dans un concept de «déviance». L'auteur critique une telle approche qui repose sur des fondements historiques, empiriques et méthodologiques très variables. L'auteur croit, pour sa part, que les difficultés individuelles d'avoir un logement stable et sécuritaire trouvent davantage leurs racines dans le problème plus large de développement de logements, d'emploi, de composition familiale et de programme d'assistance du gouvernement. C'est la circonstance selon laquelle l'incapacité psychiatrique est convertie en dépossession sociale et non pas la déviance comme telle qui doit être examinée.

5.5 LES RAPPORTS AUX SERVICES

Les études [45, 46, 95, 109, 274, 282, 283, 286, 329-331] montrent que de 25 à 40% des sans-abri ont été hospitalisés en psychiatrie à un moment ou un autre au cours de leur vie. Malgré cela, certains diront qu'ils sont tout de même des sous-utilisateurs [279, 332, 333]. Selon Lomas et Honnard [332], non seulement les malades mentaux itinérants éviteraient l'hospitalisation psychiatrique mais ils sous-utiliseraient aussi le système communautaire de soins de santé mentale. Drake et Adler [334] rapportent que les sans-abri refusent souvent toute médication ou psychothérapie et même l'offre de logement à prix modique alors que ceux-ci seraient disponibles.

Les travaux de North et Smith [279] de même que ceux de Fournier et al. [335, 336] montrent que les taux d'utilisation des services de santé mentale chez les itinérants au cours de leur vie sont très élevés, comparativement à ceux trouvés dans la population en général. Cependant, ces taux d'utilisation à une période plus récente chutent de manière importante, pouvant indiquer que ces personnes ont maintenant perdu le contact avec ces services.

Sachs-Ericsson et al. [337] ont étudié un groupe de 96 itinérants présentant des troubles mentaux, réparti en deux sous-groupes selon qu'ils utilisaient ou non des services en santé mentale. Les résultats montrent que ceux qui utilisaient ces services au moment de l'étude présentaient plus de problèmes que les non-utilisateurs. Par exemple, ils avaient été sans abri plus souvent (4 fois vs 3 fois), ils étaient plus nombreux à souffrir de dépression majeure (21.7% vs 6%), ils avaient plus de problèmes d'abus d'alcool et de drogue (30.4% vs 14.9%) et présentaient davantage un trouble de personnalité antisociale (19.6% vs 6%).

Appleby et Desai [338] notent que le nombre de sans-abri parmi les personnes hospitalisées en psychiatrie a beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie. Ils rapportent cependant que les itinérants sont plus sujets à se voir refuser l'admission que les domiciliés, que 20% quittent l'hôpital avant d'avoir obtenu leur congé et que peu sont référés dans des services de longue durée.

L'utilisation des services en santé mentale semble donc constituer un problème pour les malades mentaux itinérants. Celui-ci semble provenir à la fois de l'individu sans abri et de l'organisation des services.

En ce qui concerne l'individu lui-même, plusieurs auteurs mentionnent que les malades mentaux itinérants ont peur d'être réhospitalisés [339, 340] et qu'ils préfèrent la vie sur la rue qui leur offre la liberté, l'anonymat et la distance interpersonnelle souhaitée [334]. D'autres [334, 341] diront qu'ils nient leur maladie et qu'ils sont plus intéressés à combler leurs besoins de base - nourriture, logement, argent, emploi, relations sociales, intimité, protection personnelle - qu'à utiliser les services psychiatriques traditionnels [199, 209, 277, 279, 334, 342]. Le fait d'avoir ou non une assurance médicale ne semble pas constituer un facteur important [279]. Kalifon [341], dans une étude menée auprès de sans-abri hospitalisés, constate que 62,5% des patients interrogés nient leur problème de santé mentale (type 1) et, soit cherchent un toit, soit essaient de fuir une situation défavorable. Pour les autres patients (37,5%), l'hospitalisation et le problème de logement résultent de la maladie (type 2). Ainsi, 26% des patients du type 1, par rapport à 72% de ceux du type 2 désirent un traitement une fois à l'hôpital. Les auteurs concluent donc que plusieurs itinérants considèrent l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme un service de placement en vue d'autres programmes ou services. Morse et al. [105] arrivent à des conclusions semblables après avoir tenté de référer 119 itinérants à des services de santé mentale; ceux-ci sont plus intéressés aux programmes résidentiels et aux programmes d'aide au logement qu'aux médicaments.

Bref, comme plusieurs [199, 209, 277, 334] l'ont mentionné, les services offerts semblent différents des services les plus souvent demandés et exprimés par les sans-abri. Une étude de Herman et al. [343], menée auprès de 1260 clients de 26 refuges de New York, a permis de comparer l'évaluation des besoins de services de santé mentale selon qu'elle était faite par le sans-abri ou par l'interviewer. Ce dernier avait reçu une formation de six semaines pour faire cette évaluation. De manière générale, les sans-abri, par rapport aux interviewers, estiment qu'ils ont moins besoin de services en santé mentale: seuls 18% des sans-abri ont dit avoir besoin de ce type de services alors que les interviewers évaluaient à 41% les sans-abri ayant un tel besoin. Cependant, les auteurs notent, à partir d'autres indicateurs (ex: hospitalisation en psychiatrie, tentative de suicide, prescription de psychotropes, etc.), que ce sont ceux qui estiment avoir besoin de services qui en ont le plus besoin.

Selon Rog [333], la sous-utilisation des services par les malades mentaux itinérants ne peut être attribuée seulement à leur refus et leur non-désir de les utiliser. D'ailleurs, plusieurs ont noté la résistance des intervenants du système de soins à travailler avec ce type de clientèle [344-346] sans doute parce qu'ils considèrent souvent ces clients comme une «cause perdue».

Pour remédier au problème que représente la prévalence élevée de malades mentaux parmi la population sans abri, différentes solutions ont été envisagées. En premier lieu, il y a des solutions qui se situent au niveau du système actuel des services de santé mentale et qui visent à éviter que des malades mentaux se retrouvent à la rue. Selon deux grandes associations de santé mentale aux États-Unis [347, 348], l'itinérance n'est pas le résultat de la désinstitutionnalisation comme telle mais plutôt de la façon dont elle a été faite. L'itinérance chez les malades mentaux est révélatrice d'un manque de ressources adéquates et de barrières dans l'accessibilité aux services pour les malades mentaux [256, 257, 263-265, 267]: services réservés aux moins malades, fragmentation, responsabilités non spécifiques, services inadéquats, sectorisation, attentes inappropriées, etc. Ainsi, ces associations recommandent la réaffirmation des engagements à la politique de désinstitutionnalisation mais aussi l'augmentation des efforts pour défendre l'achèvement d'un système de services en santé mentale communautaire qui soit accessible, coordonné et complet, et que l'accent soit mis sur le soutien au logement et au revenu.

Plusieurs se sont interrogés sur le rôle que devrait jouer l'hôpital dans le traitement des malades mentaux itinérants. Si aucun ne prône le retour à l'institutionnalisation, plusieurs [349] reconnaissent la nécessité de l'hospitalisation dans certains cas et espèrent que l'accessibilité à ce type de services puisse être facilitée. Bennet et al. [350], par exemple, dans une étude pilote ont analysé la valeur potentielle d'une hospitalisation de courte durée dans le traitement de cette population. Le programme, créé pour les malades mentaux itinérants, avait pour but d'augmenter l'accessibilité à un traitement hospitalier de courte durée. Les auteurs concluent que ce type de traitement est sous-utilisé alors qu'il serait profitable à un grand nombre de malades mentaux sans abri.

Dans le même sens, le projet HELP visant à «sortir» les malades mentaux de la rue, comporte un volet d'hospitalisation involontaire [345, 351, 352]. Ces malades peuvent être transportés à l'urgence s'ils ont des symptômes sévères, s'ils négligent leurs besoins essentiels ou s'ils sont dangereux. Après 2 ans d'implantation, l'évaluation de ce programme montre un impact limité mais positif sur la population-cible. Les promoteurs du projet [352] s'interrogent cependant sur l'intérêt d'hospitaliser ces patients si leurs séjours sont trop courts et s'ils retournent immédiatement à la rue. D'autre part, ce programme a eu un effet positif sur les intervenants des hôpitaux [345] qui sont passés d'une attitude hostile à une attitude compréhensive en réalisant que ces individus étaient réellement malades (et non des profiteurs) et qu'ils pouvaient leur venir en aide. Selon Cohen et Marcos [352], les lois sur le traitement involontaire devraient être révisées afin de tenir davantage compte des besoins cliniques.

Christ et Hayden [353] voient l'hospitalisation en psychiatrie comme un moment où il serait possible d'identifier certains patients qui pourraient profiter d'une intervention sociale pour prévenir l'entrée dans le cycle persistant de l'itinérance. Les personnes à risque élevé de devenir sans abri devraient être identifiées dès leur admission à l'hôpital et référées à des intervenants en travail social.

Si l'on s'entend pour dire que le système de soins traditionnels peut et doit être amélioré, la plupart s'entendent aussi sur la nécessité de services spécifiques pour les malades mentaux itinérants. Ainsi, beaucoup d'efforts ont été tentés pour trouver des solutions innovatrices adaptées aux malades mentaux sévères et chroniques qui se retrouvent dans l'itinérance.

Un certain nombre de caractéristiques des itinérants influenceront les services et les traitements à donner à cette population [354]: leur désaffiliation, la méfiance qu'ils ont vis-à-vis de l'autorité et des services de santé mentale, la multiplicité de leurs besoins et leur style de vie.

Ainsi, l'engagement sera une dimension importante à considérer dans l'offre de services et constituera souvent la première étape de l'intervention. C'est à cette étape qu'on retrouvera l'importance de gagner leur confiance [266, 342, 355], de répondre d'abord à leurs besoins essentiels [266, 333, 342, 355, 356] et aux besoins qu'ils expriment [342], l'importance de services flexibles, non stigmatisants et facilement accessibles [266, 333, 354, 355, 357], l'importance de rejoindre ces individus dans leur environnement naturel [277, 342] et de développer des soutiens sociaux stables [358]. Plusieurs programmes visant ainsi l'engagement sont décrits dans la littérature [261, 359-362]. Ces programmes, souvent nommés «outreach program», visent à rejoindre les malades mentaux itinérants les plus résistants au traitement et à améliorer leur accès au système de soins de santé. Dans ce type de programme, les malades mentaux itinérants sont rejoints là où ils se trouvent, que ce soit dans la rue, dans les endroits publics ou abandonnés ou dans les refuges.

Le plan de service individualisé (PSI -«case management») est l'un des modes d'intervention actuellement privilégiés dans la littérature [342, 349, 362-365]. L'intervention de type PSI est une intervention individuelle qui consiste à évaluer les besoins d'un individu, lui faciliter l'accessibilité aux services de tous genres et assurer une continuité à travers les différents services reçus. Le PSI

est généralement défini comme remplissant une fonction d'intégration des services permettant de surmonter les lacunes et les obstacles d'un système de services fragmenté [361]. Bien qu'il existe plusieurs modèles et approches, la plupart des programmes PSI comprennent les éléments suivants: 1) création d'une relation de confiance; 2) évaluation des besoins de services du client, de même que de ses forces et ses faiblesses; 3) développement d'un plan de services complets et variés; 4) lien avec les services nécessaires; 5) suivi dans l'utilisation des services; 6) défense des droits et des besoins de services du client [366]. Une grande partie du temps d'intervention est consacrée à établir une relation de confiance et à amener l'individu dans un processus d'engagement. L'efficacité de ce modèle d'intervention dépend largement de la disponibilité de ressources adéquates dans la communauté [61, 342, 358, 361, 363, 367-369]. Cependant, peu d'études permettent de démontrer l'efficacité de ce type de programme. Plusieurs programmes de «case management» sont décrits dans la littérature et quelques-uns ont eu droit à une évaluation d'implantation [261, 266, 332, 357, 360, 365, 367, 370-374]. Il y a aussi quelques études longitudinales (s'échelonnant sur un an ou deux ans) dans lesquelles l'impact a été étudié par des mesures «avant» et «après» mais sans groupe contrôle [351, 365, 372].

Un autre élément important à considérer dans l'offre de services est d'assurer l'accès à des logements à prix modique ou des logements supervisés [260, 266, 312, 349, 364, 375-377]. Pour Shore et Cohen [378], le logement devrait être vu comme une composante primaire des services, qui devrait inclure des niveaux diversifiés de supervision et de soutien pour répondre aux incapacités particulières de chaque patient. Selon Cohen [260], la nécessité de loger les sans-abri pousse de plus en plus la psychiatrie à accepter le rôle qu'elle doit jouer dans le développement de modèles de logements supervisés pour le maintien des malades mentaux les plus sévèrement atteints dans la communauté.

Lipton et al. [376] ont conduit une étude évaluative «avant-après» avec groupe contrôle dans laquelle ils ont tenté de placer et de traiter en résidence des malades mentaux sans abri après leur sortie de l'hôpital. Les résultats montrent, après un an de suivi, qu'il est possible de placer de tels patients chroniques dans ce cadre et que ce type de traitement peut améliorer la qualité de vie. Cependant, ils n'ont pu démontrer que ce traitement résidentiel avait réduit la sévérité de la psychopathologie.

Une autre étude «avant-après», mais sans groupe contrôle, réalisée par Caton et Goldstein [312], a permis d'évaluer un programme de logement de malades mentaux itinérants dans différents sites. Leurs résultats montrent qu'ils sont moins instables du point de vue résidentiel, que leur situation financière est meilleure mais qu'ils ont davantage été hospitalisés et suivis en psychiatrie. Bybee et al. [379], dans une autre étude «avant-après» sans groupe contrôle, évaluent le «Mental Health Linkage Intervention Model» implanté dans deux communautés du Michigan. Il s'agit d'une intervention de type «outreach» dont les buts sont: 1) de rejoindre les itinérants malades mentaux pour les reloger dans la communauté dans des résidences de leur choix; 2) de leur apporter l'aide nécessaire pour assurer la stabilité résidentielle; 3) de les mettre en lien avec les services d'aide dans la communauté (services sociaux, services de santé mentale). L'échantillon était composé de 163 clients ayant participé au programme. Ils ont été évalués à deux reprises: à quatre et à 12 mois après avoir commencé le programme. Les auteurs considèrent que ce type d'intervention est efficace puisque, quatre et 12 mois plus tard, la majorité des participants avaient quitté l'itinérance: 81% (4 mois) et 87% (12 mois) avaient passé quelques temps dans une résidence permanente.

Morse et al. [380] ont étudié l'influence de certains aspects des programmes sur la stabilité résidentielle et la satisfaction du client. Les sujets de l'étude étaient 178 malades mentaux qui avaient participé à l'un des trois programmes suivants: traitement continu, centre de jour et thérapie en clinique externe. Les aspects des programmes qui étaient considérés dans l'analyse étaient: le nombre de contacts avec le programme (de manière générale) et les contacts reliés à des services spécifiques tels que l'aide au logement, l'aide au revenu, l'aide à la recherche d'emploi, le

traitement pour abus de substances, le traitement pour les problèmes de santé mentale et différents services de soutien (aide à faire un budget, aide à faire les courses, entretien ménager, etc.). En plus de ces aspects, le type de programme auquel ils avaient participé de même que les variables socio-démographiques ont aussi été considérés. Les résultats montrent que, contrairement à ce que les auteurs avaient postulé, la fréquence des contacts (peu importe la nature) avec le programme n'a pas eu une influence significative sur la stabilité résidentielle. Par contre, la stabilité a été influencée par le fait de recevoir des services spécifiques, c'est-à-dire l'aide à obtenir un logement, un revenu, des services de santé mentale et également les services de soutien (ménage, etc.). L'aide à obtenir une source de revenu quelconque ainsi que l'aide au logement se sont avérées avoir plus d'influence sur la stabilité résidentielle que le type de programme (continu, centre de jour, etc.). C'est la variable «services de soutien» qui a eu le plus d'influence en ce qui a trait au maintien de la stabilité. Le sexe des sujets, le type de diagnostic ou l'histoire d'itinérance n'avaient aucune influence significative sur la stabilité. La satisfaction du client, pour sa part, est associée à trois variables: les contacts qui ont trait aux services de santé mentale, les services de soutien et, de façon générale, la fréquence des contacts avec le programme.

Nous avons répertorié une expérience intéressante de réhabilitation par le travail qui est décrite par Armussen et al. [381]. Il s'agit d'une adaptation du programme «Fountain House», programme qui s'adressait initialement à des itinérants ne présentant pas de troubles mentaux. Pour s'adapter aux besoins des itinérants ayant des troubles mentaux, une équipe de liaison a été mise sur pied pour rejoindre et recruter cette population («outreach»); cette équipe offrait aussi des services de suivi individuel («case management») préalables aux étapes de réhabilitation par le travail. Ces services permettaient dans un premier temps de répondre à des besoins de base: vêtements, argent, références à d'autres ressources en fonction des besoins particuliers de chacun. Puis débutaient les étapes proprement dites de réhabilitation par le travail. La première, une étape d'orientation, consistait à travailler une ou plusieurs journées dans chacune des 10 unités de travail du centre (la cuisine, l'horticulture, le travail clérical, etc.). Cette étape se terminait avec le choix d'une unité correspondant à la préférence du client. La deuxième étape, qui se déroulait dans l'unité choisie, visait à développer les aptitudes nécessaires à la réintégration sur le marché du travail. La dernière étape visait la réintégration sur le marché du travail. Durant cette dernière, plusieurs options s'offraient: 1) placement de groupe pour ceux qui avaient besoin d'un plus grand soutien; 2) emploi transitionnel pour ceux ayant besoin de développer des habitudes de travail; 3) travail indépendant. Les auteurs concluent que le programme s'est avéré un moyen efficace de stabiliser cette population. Parmi les individus approchés par l'équipe de liaison, 88% ont accepté de se joindre au programme. Parmi ces derniers, 80% ont poursuivi le programme durant la deuxième année. À la fin de la deuxième année, 42% ont réintégré le marché du travail via un placement de groupe ou un travail transitionnel et 5% ont opté pour un travail indépendant.

Certains ont insisté sur l'importance de tenir compte, dans la programmation des services, des stratégies de survie de ces individus et des habiletés qu'ils ont développées sur la rue [382, 383]. Survivre sur la rue exige des habiletés importantes. La ponctualité nécessaire pour les heures d'admission dans les refuges ou les heures de repas dans les soupes populaires, par exemple, exige un sens cyclique du temps, donc une grande adaptation. Les malades mentaux itinérants ont une remarquable capacité d'adaptation et de «coping». Le fait qu'ils réussissent à rencontrer leurs besoins de base suggère un certain degré de maîtrise et de compétence par rapport aux demandes de l'environnement de la rue et des refuges. Les efforts de réhabilitation doivent tableer sur ce potentiel d'adaptation, tenir compte des forces et des faiblesses des malades mentaux itinérants et leur fournir des services construits sur l'ingéniosité et la créativité de leurs stratégies de survie. Leur indépendance, par exemple, peut éventuellement les mener à une sorte de réhabilitation. Bref, nous devons leur offrir la possibilité d'utiliser les ressources qu'ils ont développées mais dans un environnement plus sécuritaire.

L'approche de l'*empowerment*, une philosophie et une technique sociale de réadaptation, a été reprise par plusieurs [363, 370, 384-386]. Par cette approche, les clients sont encouragés à

participer pleinement à l'identification de leurs besoins, à la détermination de leurs buts et à l'établissement des termes du processus d'aide. L'intervention contribue ainsi à l'auto-détermination et à l'autonomie des clients. Le programme de St-Francis utilise ce genre d'approche [377].

D'autres formes de traitement sont aussi décrites dans la littérature. Beckmann Murray et Baier [387], par exemple, rapportent une expérience où l'approche de «milieu thérapeutique» - approche surtout utilisée en institution psychiatrique - l'a été dans une maison de transition pour des personnes sans abri qui présentaient des troubles mentaux. Un autre exemple, rapporté par Caton et al. [388], fait état d'un traitement de jour dans les refuges.

Pour répondre aux multiples besoins de cette population, plusieurs signaleront l'importance d'une gamme complète de services [266, 347, 349, 354, 362, 382]. Celle-ci devrait inclure une équipe mobile sur la rue (*outreach*) et un nombre adéquat de logements communautaires supervisés. Elle devrait inclure également l'accessibilité à des services psychiatriques et de réhabilitation, à des soins médicaux, à des services de crise pour les malades mentaux (qu'ils soient itinérants ou domiciliés), à des services de *case management*, à des services sociaux généraux et à des services d'hospitalisation à long terme lorsque nécessaire.

Dans un numéro récent de la revue *Psychiatric Services* [389], il est fait mention de la publication d'un rapport portant sur l'évaluation d'un énorme projet pilote financé au coût de 16,8 millions de dollars par le *McKinney Homeless Assistance Act*. Ce projet avait pour but de tester dans 5 sites (deux à New York, un à San Diego, un à Boston et un à Baltimore) plusieurs types d'approches pouvant répondre aux besoins des malades mentaux itinérants. Dans chacun des sites, un ensemble de services (traitement en santé mentale, aide au logement, soutiens divers, etc.) devait être implanté mais le type de services pouvait varier d'un site à l'autre. Depuis l'implantation de ce projet en 1990, un total de 896 itinérants ont reçu des services. Six points importants ressortent des résultats préliminaires suite au suivi de ces personnes 6 mois et 12 mois après leur entrée dans le programme: 1) les malades mentaux itinérants utilisent les services en santé mentale communautaire; la majorité des participants ont été logés dans une résidence permanente; leur utilisation de services de santé mentale communautaire a augmenté; leur revenu a augmenté; leur qualité de vie générale s'est améliorée; 2) l'offre de services appropriés permet de diminuer l'itinérance chez ces personnes; le fait d'aider ces gens à faire la transition vers une résidence permanente peut être très critique, particulièrement pour ceux qui sont itinérants depuis longtemps; 3) la défense des droits («advocacy») aide à augmenter l'accès au revenu (prestations); dans tous les sites, un tel accès a augmenté et dans certains cas, le nombre de personnes recevant des prestations a presque doublé ou même triplé; 4) l'implication d'anciens malades mentaux itinérants est considérée comme une ressource importante; ils se sont montrés particulièrement utiles pour repérer les clients, les convaincre d'accepter de l'aide et aussi pour enseigner certaines choses aux autres membres du personnel; 5) l'abus de substances est un facteur majeur dans l'itinérance chez les malades mentaux; les résultats préliminaires indiquent que la cause première de la perte du logement est davantage l'abus de substances que la maladie mentale; 6) la stabilité résidentielle, des traitements de santé mentale appropriés et de meilleurs revenus sont associés à une qualité de vie plus grande; des améliorations significatives ont été rapportées pour tous les groupes ayant reçu des services de *case management* et ayant obtenu un logement.

D'autres ont signalé l'importance de coordonner les services aux sans-abri [348, 375, 390, 391] et que cette coordination intègre aussi les services offerts à l'ensemble de la population. Selon Talbott et Lamb [349], les responsabilités de chacun doivent être bien établies et les ressources financières doivent être adéquates.

Certains défendent l'idée que les services doivent être intégrés aux programmes des refuges [266] et qu'un personnel spécialisé et multidisciplinaire devrait donner des services sur place et référer à d'autres services qu'ils savent accessibles [362].

Pour améliorer les services offerts aux malades mentaux itinérants, Sheridan et al. [392] proposent une série de principes qu'ils divisent en trois groupes. Il y a d'abord les principes liés à l'intervention tels que: tenir compte des besoins du client et de ses objectifs, respecter ses besoins d'autonomie et ses dépendances face aux institutions, développer des approches proactives, créatives et flexibles, tenir compte des besoins cycliques et non pas linéaires (début - milieu - fin) des clients, se centrer sur ses forces, tenir compte de la diversité des différents clients (âge, sexe, origine ethnique, religion, etc.), utiliser les réseaux de soutien naturel que certains ont développé, créer un lien avec les services existants et développer de nouveaux services. La deuxième série de principes concerne les caractéristiques personnelles des intervenants: une bonne connaissance de la problématique de l'itinérance, des maladies mentales, du *case management* et d'autres types d'approches, un bon sens de la communication, une bonne capacité à créer des liens constructifs et un bon sens du «timing» pour savoir quand intervenir d'une certaine façon et quand intervenir par une autre approche, la capacité de travailler avec d'autres intervenants de la communauté, des attitudes et des qualités personnelles (tels qu'un intérêt réel pour ce type de clientèle, la capacité de se remettre en question, de ne pas porter des jugements de valeur, etc). La troisième série de principes a trait aux caractéristiques des ressources: 1) un éventail de services assez large pour couvrir les besoins multiples de cette population; 2) la capacité de coordonner ses actions et de les intégrer à ce qui se fait dans la communauté; 3) des services accessibles au moment où le client en a besoin; 4) un continuum de services et d'hébergement aussi bien dans le cadre de la communauté que dans celui des institutions hospitalières.

Notons enfin que récemment, certains programmes ont été mis au point pour répondre aux besoins plus spécifiques des itinérants présentant un double diagnostic [370, 371, 393-396].

5.6 CONCLUSION

Au début des années '80, la recrudescence des malades mentaux sans abri est apparue comme une situation nouvelle et elle a pris un caractère d'urgence sociale. Le problème de l'itinérance, qui avait jusqu'alors intéressé surtout la sociologie, est devenu un problème qui allait beaucoup accaparer la psychiatrie. La composition de cette population avait changé à un point tel qu'on ne savait plus de quoi elle était constituée. Le premier objectif a donc été de connaître cette nouvelle population, de même que l'ampleur des troubles mentaux qui l'affectaient. Cet objectif posait cependant des défis méthodologiques importants et la qualité des recherches effectuées sur le sujet était très variable. Les résultats de celles-ci ont tout de même confirmé le fait que les itinérants comptent parmi eux un nombre important de malades mentaux dont plusieurs souffrent de maladies mentales sévères et chroniques. Comparativement à la population en général ou à une population de domiciliés à faible revenu, la population itinérante apparaît nettement plus affectée par les problèmes mentaux.

Cette population apparaît difficile à cerner à cause des nombreux sous-groupes qui la composent. Les différences observées en fonction du sexe, de l'âge ou du type d'itinérance ont amené plus d'un à conclure que la population sans abri est très hétérogène et qu'elle nécessitera, par conséquent, des approches d'intervention multiples. Les différences observées en fonction du type de sites où l'étude s'est déroulée nous mettent en garde quant à l'importance de la représentativité des études. En ce sens, il est évident que l'accueil et la réglementation d'un refuge risquent d'influer sur le type de clientèle attirée. De plus, les différences entre les pays ou même les différences régionales confirment le fait que le fonctionnement des systèmes de santé a un impact réel sur la présence de personnes souffrant de troubles mentaux parmi les itinérants. Enfin, le facteur de densité de population est important à considérer. Il semble, en effet, que les grandes

viles attirent davantage ces malades mentaux, lesquels peuvent y vivre de manière plus anonyme et y trouver un réseau de services mieux développé.

Les sans-abri qui ont des troubles mentaux se distinguent des sans-abri qui n'en ont pas quant à plusieurs aspects et, de manière générale, ils apparaissent comme étant plus mals en point. D'autre part, il n'est pas rare qu'un problème de toxicomanie se surajoute à leur maladie mentale, les rendant ainsi encore plus vulnérables. Enfin, pour compléter le tableau clinique, il est également relativement fréquent que les malades mentaux soient atteints par le virus du SIDA.

Des études ont permis d'identifier que certains facteurs distinguent les malades mentaux qui sont sans abri de ceux qui ne le sont pas. Cependant, en l'absence de données longitudinales, il est difficile de conclure que ces facteurs sont responsables du fait que certains malades mentaux sont plus à risque de se retrouver sans abri que d'autres. Plusieurs de ces facteurs pourraient tout aussi bien être des conséquences des conditions de vie reliées à l'itinérance.

Quelques théories explicatives ont été proposées pour expliquer comment les malades mentaux risquent de se retrouver sans domicile fixe mais il y a encore peu de preuves empiriques qui soutiennent ces théories. Dans la majorité des cas, la maladie apparaît comme déjà présente au moment où la personne devient sans domicile fixe. Dans les autres cas, la maladie apparaît davantage comme une conséquence des conditions de vie des sans-abri. Il n'est pas exclu non plus que ces conditions de vie viennent aggraver une maladie déjà présente.

Les malades mentaux sans abri sont considérés comme de grands utilisateurs de services mais aussi comme des sous-utilisateurs. Cette apparente contradiction pourrait s'expliquer par le fait qu'ils semblent avoir perdu le contact avec le système de soins. Une utilisation inadéquate des services a aussi été invoquée. Le problème de l'utilisation des services chez ces personnes semble venir à la fois de la personne qui est elle-même réticente à utiliser les services pour des raisons diverses et du système de soins qui s'avère peu accessible ou mal adapté aux besoins de ces personnes.

Plusieurs solutions ont été mises de l'avant pour tenter de mieux répondre aux besoins de services des malades mentaux sans abri. Une première série de solutions consiste à améliorer la distribution des services aux malades mentaux d'une manière générale. Une deuxième série de solutions consiste, d'autre part, à développer un ensemble de services spécifiques à cette population. Bien que ces solutions soient intéressantes et paraissent bien adaptées, il demeure qu'il y a encore bien peu de preuves empiriques de l'efficacité de telles interventions.

Chapitre 6

TOXICOMANIE ¹

Céline MERCIER

En 1973, Garrett et Bahr [397] relevaient l'importance dans la littérature spécialisée des travaux sur les itinérants alcooliques. Selon eux, peu de thèmes dans le domaine de l'alcoolisme avaient reçu et recevaient encore autant d'attention que celui de la consommation d'alcool chez les itinérants. En 1989, Garret [9] remarque toujours que «bien qu'ils ne représentent que 5 à 10% des Américains ayant un problème d'alcool, leur popularité comme sujets de recherche demeure inégalée (p. 301)».

La période de 1950 à 1975 est effectivement marquée par un foisonnement d'études portant sur les «skid rows»² [8, 398]. Les travaux majeurs réalisés à cette époque adoptent différentes perspectives. Strauss [399], Bahr [7] et Rubington [400] étudient la consommation excessive d'alcool en relation avec l'itinérance. Bogue [401] procède à l'analyse des quartiers où se trouvent les institutions pour les itinérants. Wallace [31], puis Spradley [402] voient dans le *skid row* une sous-culture de la déviance reconnaissable à un style de vie. Bahr étudie [7, 29], d'un point de vue psychosociologique, la personne «désaffiliée», c'est-à-dire celle qui n'a pas d'obligation face à quiconque et dont personne ne se sent responsable. Pour l'équipe des chercheurs de Philadelphie [11, 403], ce qui définit le *skid row*, ce n'est pas le fait de fréquenter un quartier, mais celui de connaître une situation limite d'existence qui peut être vécue dans des zones grises autres que celles identifiées comme des *skid rows*. Enfin, Wiseman [404] observe comment les clochards circulent dans les missions et refuges et la façon dont ils s'accommodent à leurs règles afin de s'assurer de conditions minimales de survie.

Dans la littérature actuelle, la toxicomanie ne représente plus qu'une des conditions reliées à l'itinérance. Elle occupe d'ailleurs une place ambiguë, tantôt associée à l'épidémiologie psychiatrique, tantôt constituée en problématique spécifique.

Les centres d'intérêt se sont aussi déplacés depuis la période 1950-1975 à celle des années 1980. En comparaison des études citées plus haut, les textes récents portent surtout sur l'épidémiologie du problème et sur les modes d'intervention.

L'organisation de cette partie de la recension des écrits reflète ces nouvelles orientations de la recherche. Une première section porte sur les études de prévalence du phénomène. La seconde s'intéresse aux formes particulières que prennent les toxicomanies chez les hommes et les femmes sans abri, par comparaison avec l'ensemble de la population. La troisième section traite des problématiques associées et la dernière, des services spécialisés pour les itinérants alcooliques et toxicomanes.

6.1 L'ALCOOLISME ET L'ABUS DE DROGUE CHEZ LES SANS-ABRI

6.1.1 Études de prévalence

Les données d'enquête sur la consommation d'alcool et de drogues chez les sans-abri varient selon le lieu et les méthodes de l'enquête [405] et les différences observées tiennent sans doute aux politiques d'admission plus ou moins strictes des différents refuges face aux clientèles en état d'ébriété. Les données suédoises rapportées par Borg [406] ou par Asander [219] ont été recueillies dans des centres de contrôle de l'alcool. Plus de 80% des personnes admises étaient intoxiquées au moment de l'inscription et avaient des problèmes d'alcool. Par contre, les données anglaises, recueillies dans des refuges, signalent qu'il y a entre 21% [407] et 25% [408] d'alcooliques. Suivant les recensions récentes des études américaines, les pourcentages de personnes alcooliques (prévalence quotidienne) varieraient de 15 à 35% [409], de 20 à 45% [79] ou de 7 à 86% [410]. Ces taux sont beaucoup plus élevés que celui de 7% que l'on retrouve dans l'ensemble de la population américaine [79]. D'après Mulkern et Spence [79], l'étendue de 20 à 45% reflète la diversité des méthodologies utilisées tels que l'opérationnalisation des concepts (alcoolisme, problèmes d'alcool, toxicomanie, usage régulier), le type d'échantillon (stratifié, exhaustif, probabiliste) et le type de sélection des sujets (aléatoire, de volontaires).

Les données les plus exactes proviennent des études épidémiologiques les plus récentes, fondées sur des échantillons probabilistes et des critères diagnostiques précis dérivés du DSM-III. La prévalence actuelle (les deux dernières semaines) en ce qui concerne l'abus et la dépendance à l'alcool s'établit entre 15 et 20%, la prévalence à vie entre 63 et 75% [97, 124, 194, 298, 299, 411-416]. À partir de la médiane des résultats de l'ensemble de ces enquêtes, on s'entend généralement pour dire que minimalement 40% des sans-abri ont un problème de consommation d'alcool. Ce problème est cependant beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, puisqu'il touche entre 50% et 66% des hommes et seulement 17% des femmes. La prévalence des problèmes d'alcool est la plus élevée dans le groupe d'âge des 30 à 64 ans et chez les Amérindiens [18].

Une nouvelle façon d'évaluer la prévalence de l'abus de substance chez les sans-abri est de faire des études comparatives avec une population pauvre ou à risque de devenir itinérante, plutôt qu'avec la population en général. Selon Toro et ses collaborateurs [284], de meilleurs groupes de comparaison sont nécessaires afin de séparer les facteurs associés uniquement au fait d'être itinérant des facteurs associés de façon plus générale aux problèmes sociaux reliés à la pauvreté. La prévalence (un an) de l'abus d'alcool est de 31% pour les personnes sans abri, et de 17% pour les personnes à faible revenu [417]. Alors que la prévalence à vie des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues est de 69% pour ceux qui sont présentement itinérants et de 58% pour ceux qui l'ont déjà été, elle n'est que de 35% pour ceux qui n'ont jamais été sans abri, mais qui sont pauvres [284].

En ce qui concerne l'usage et l'abus de drogues, les études de prévalence sont beaucoup moins nombreuses que les études sur l'abus d'alcool et elles sont plus récentes. Chez Dennis [418], les données varient de 3% à 31% de consommateurs réguliers parmi les itinérants et de 18% à 55% de consommateurs occasionnels (17 études réalisées entre 1982 et 1987). Les taux d'usage dans les sept études recensées par Mulkern et Spence [75] varient de 9% à 55% dans le domaine de l'abus des drogues. Si on compare la prévalence d'abus de drogues chez les sans-abri et chez la population à faible revenu, la prévalence (un an) est de 22% pour les personnes itinérantes et de 14% pour les personnes à faible revenu [417].

La consommation de drogues parmi les sans-abri augmente cependant sans cesse et les dernières enquêtes rapportent des prévalences de l'ordre de 45% pour les derniers 30 jours et de 63% pour l'année précédente [419]. À Montréal, Fournier [412] a obtenu des prévalences de l'ordre de 74,2% pour les problèmes de surconsommation d'alcool et de drogues: 45,5% des

personnes interrogées présentent seulement un problème d'alcool, 44,5%, un problème d'alcool et de drogues et 9,9% un problème de drogues uniquement.

6.1.2 Caractéristiques de la population alcoolique et toxicomane

Les études épidémiologiques permettent aussi d'établir que, parmi les sans-abri, les alcooliques représentent une sous-population spécifique. Koegel et Burnam [413] ont ainsi observé que les alcooliques «purs» se distinguent des alcooliques qui font usage de drogues et de ceux qui répondent aux critères d'un diagnostic psychiatrique. Les alcooliques «purs» sont plus âgés, comptent une plus forte proportion d'hommes blancs³ et de personnes qui ont déjà été mariées. Leurs antécédents donnent à penser qu'ils sont plus nombreux à avoir déjà été socialement intégrés (mariage, travail, vétérans). A l'heure actuelle, ils comptent moins d'amis mais beaucoup de compagnons de consommation et leurs relations avec leurs familles sont inexistantes ou sérieusement perturbées. Ils fréquentent davantage les missions, les refuges et les soupes populaires pour leur subsistance. Ils bougent peu et apparaissent comme des «habitués» de longue date du milieu de l'itinérance. Ils identifient l'alcool comme étant la cause principale de leur condition actuelle. Roth et Bean [124] attribuent ces mêmes caractéristiques aux itinérants alcooliques par opposition aux itinérants non alcooliques.

Les itinérants consommateurs de drogues sont plus jeunes, n'ont jamais été mariés, n'ont pas d'enfants et comptent davantage de femmes. Les femmes consommatrices sont plus nombreuses parmi les itinérants de la rue que parmi les habitués des refuges. Dans l'enquête de Mulkern et Spence [75], 36% des hommes et 9% des femmes interrogés dans les refuges se disent consommateurs. Parmi les personnes interviewées sur la rue, 39% des hommes et 25% des femmes consomment des drogues.

6.2 UNE TOXICOMANIE SPÉCIFIQUE

Plusieurs auteurs [18, 400, 418, 420-423] ont souligné le caractère fonctionnel de la consommation des psychotropes dans la vie des sans-abri. Le milieu apparaît aussi propice au développement des toxicomanies [424]. On y retrouve des phénomènes de consommation spécifiques alors que, sous d'autres aspects, les itinérants partagent les mêmes caractéristiques que les autres consommateurs abusifs.

Borg [406] a remarqué que les alcooliques sans domicile fixe ont sensiblement la même histoire de dépendance que les alcooliques de l'ensemble de la population: même âge au début de la consommation, de la première intoxication (18-20 ans) et au début de la dépendance (avant 35 ans pour les trois-quarts des sujets). Ils présentent le même taux de *delirium tremens* (9%). Ils se distinguent cependant quant à leur consommation d'alcool frelaté et de drogues (hypnotiques et sédatifs): 60% des itinérants consomment ce type de substances contre 20% dans l'ensemble de la population alcoolique. Par contre, si on compare les itinérants alcooliques avec des personnes non-itinérantes alcooliques provenant d'un milieu défavorisé, on s'aperçoit que les itinérants ont commencé à boire avant les non-itinérants (21,7 ans et 26,2 ans, respectivement), qu'ils boivent plus d'alcool et qu'ils boivent plus fréquemment [425]. Selon Feldman et ses collaborateurs [426], les alcooliques du *skid row* se distinguent des alcooliques des quartiers défavorisés en ce qu'ils boivent davantage de vin et comptent plus de buveurs périodiques. Une étude auprès de personnes admises dans un centre de désintoxication de San Francisco a permis de constater que les personnes itinérantes boivent plus d'alcool et prennent plus de cocaïne que les personnes ayant un domicile fixe, alors que ces dernières font davantage usage d'héroïne [427]. Quant à Koegel et Burnam [413], ils ont observé une sévérité plus grande de l'alcoolisme dans leur échantillon de sans-abri en comparaison d'un groupe de personnes alcooliques issues de l'ensemble de la population.

Quant aux femmes alcooliques itinérantes, elles présentent certaines des caractéristiques des femmes alcooliques de l'ensemble de la population, caractéristiques qui les distinguent des hommes alcooliques [428]. Elles ont commencé à consommer une fois la vingtaine dépassée et ont atteint un seuil critique de consommation après l'âge de 25 ans. Elles sont plus souvent adeptes du vin et des spiritueux et, inversement, moins nombreuses à faire de la bière leur boisson de prédilection: 17% des femmes itinérantes boivent surtout de la bière contre 37% des hommes. Elles boivent généralement seules: 50% contre 36% chez les itinérants. Cette différence est même accrue chez les grandes consommatrices: 65% contre 26% [429]. Enfin, elles ont eu moins de contacts avec les agences de réadaptation [430].

Cependant, les femmes alcooliques itinérantes, à la différence de leur pendant masculin, ont une appréciation plus juste de leur consommation et sont plus susceptibles d'en rester à une consommation réduite: la population itinérante féminine compte une plus large proportion de buveuses modérées (23%) que celle des hommes (10%) et une plus faible proportion de grands consommateurs (32% contre 47%) [428].

Ces chiffres révèlent que les femmes itinérantes conservent les habitudes de consommation dominantes de leur groupe et que, même itinérantes, elles demeurent sensibles à la stigmatisation sociale de la femme qui boit. Dans le cadre de leur démarche qualitative d'observation sur le terrain, Bahr et Garrett [428] ont pu constater que les itinérantes alcooliques se cachent pour boire. Elles préfèrent toujours consommer à l'intérieur. Elles n'aiment pas fréquenter les bars et si elles le font, elles s'installent dans un coin et évitent les interactions avec les autres clients. Dans les endroits publics, rues et parcs, elles vont d'abord regarder autour d'elles, avant de boire furtivement au goulot.

Une conséquence de ces habitudes de consommation est que les itinérantes sont en quelque sorte privées d'un bénéfice appréciable de la consommation, soit la convivialité, la socialisation minimale de la «bottle gang» [400]. Alors que pour les hommes l'alcool est l'occasion de socialiser, chez la femme, il isole et marginalise encore davantage. Corrigan et Anderson [429] rapportent d'ailleurs que les femmes itinérantes aussi bien qu'alcooliques boivent principalement pour échapper aux contraintes de la vie, oublier, se détendre et non pour des raisons liées à la socialité.

6.3 PROBLÈMES PARTICULIERS DES ITINÉRANTS TOXICOMANES

L'un des faits les plus importants en ce qui concerne les itinérants toxicomanes est que chez eux, un problème vient rarement seul. Les problèmes de santé physique et mentale, les problèmes judiciaires, l'alcoolisme et la toxicomanie vont souvent de pair.

Les itinérants alcooliques présentent davantage de problèmes de santé physique que les itinérants en général. D'après les statistiques portant sur la population traitée dans le cadre du programme national américain de Services de santé aux sans-abri (57 400 adultes), 50% des itinérants alcooliques et 35% des itinérantes alcooliques présentent des problèmes de santé chronique. Chez eux, certains problèmes sont nettement plus courants que chez les itinérants en général: maladie du foie (ratio de 4,3), épilepsie (3,1), tuberculose (1,8), hypertension (1,8), anémie (1,6), maladies de l'appareil digestif (1,6), arthrite (1,6). Chez les itinérantes alcooliques, les maladies du foie (7,0), l'épilepsie (2,4), les troubles respiratoires chroniques (2,4), la malnutrition (2,1) et les traumatismes (2,6) sont plus fréquents que chez les itinérantes en général [431]. D'après une étude effectuée auprès de 72 sans-abri de la région de Détroit, ceux qui présentent un plus grand risque de développer des problèmes de santé physique sont ceux qui sont alcooliques [282]. Plus précisément, les grands buveurs d'alcool sont plus sujets à développer des symptômes neurologiques et une maladie du foie, ont une pression artérielle élevée et une histoire de tuberculose. Le milieu et le style de vie reliés à l'itinérance sont aussi particulièrement propices à la transmission du SIDA [432]. En relation avec leur état de santé nettement plus détérioré et leur

vulnérabilité plus grande aux accidents et aux traumatismes [433], les itinérants alcooliques sont aussi de grands utilisateurs des services de santé [413, 434, 435].

Les études épidémiologiques font aussi état d'une prévalence à vie très élevée de maladies mentales (68,8% chez Koegel et al. [276] et 66% chez Wright [18], par exemple) chez les alcooliques, en particulier à cause de la présence plus élevée de dépression parmi ce groupe que parmi celui des itinérants non alcooliques. La prévalence est aussi plus élevée pour les troubles psychiatriques sévères (33,3% de psychoses affectives majeures, 15% de schizophrénie). Selon une étude récente [282], les personnes itinérantes alcooliques présentent un taux plus élevé de détresse émotionnelle, tel qu'évalué par le General Severity Index. L'abus de drogues est aussi plus prévalent chez les itinérants alcooliques que chez les non alcooliques [435]. Cette présence de co-morbidité dans la population itinérante a fait l'objet d'une attention croissante ces dernières années [287, 290, 301-303, 370, 371, 393, 394, 396, 436-439].

Les itinérants alcooliques ont davantage d'antécédents judiciaires (ratios entre 1,3 et 1,8). Ils sont aussi plus susceptibles d'être victimes d'actes criminels (ratios entre 1,3 et 2,0) [411, 413, 418, 435]. Les femmes itinérantes alcooliques apparaissent plus vulnérables à la judiciarisation que leurs confrères. Moore et Yegidis [440] attribuent l'absence des femmes dans les statistiques sur les arrestations pour ivresse au fait qu'elles sont perçues par les policiers et l'escouade des mœurs, non comme des alcooliques, mais comme des prostituées. En conséquence, elles ne sont pas référées aux centres de désintoxication et échappent ainsi aux mesures visant à décriminaliser l'ivresse publique.

Pour leur part, les itinérants qui abusent de drogues se caractérisent par le fait qu'ils tirent des revenus de la vente de drogues et qu'ils sont arrêtés pour des activités reliées à la drogue [272, 435]. Ils participent beaucoup moins à des programmes de traitement que les alcooliques.

Du point de vue de la santé, les maladies plus fréquentes chez les itinérants qui abusent de drogues recoupent celles que l'on a déjà identifiées chez les itinérants alcooliques. S'y ajoutent le sida et les MTS, les maladies de la peau, du système reproducteur et les maladies infectieuses en général [18]. La transmission du SIDA est particulièrement importante chez les sans-abri qui font usage de drogues injectables [441].

6.4 LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, une gamme de services spécialisés existe à l'intention de l'ensemble de la population. Ces services sont rarement accessibles aux itinérants. En fait, dès la création des premiers refuges, un système parallèle de réadaptation pour les clochards a commencé à être élaboré. L'Armée du Salut fut la première à établir des résidences, dans la communauté, axées sur la guérison de l'alcoolisme, le développement des capacités de travail, le counseling individuel et l'évangélisation chrétienne [442]. Elle se posait ainsi en opposition aux pratiques courantes de contrôle de l'ivresse publique par le système pénal. Ce n'est d'ailleurs que récemment que l'ivresse publique a été déjudiciarisée. Au même moment, on a aussi vu se diversifier les formes d'intervention.

6.4.1 La déjudiciarisation

En 1969, 25% des arrestations aux États-Unis et 20% de celles effectuées au Canada sont reliées à l'ivresse publique [430]. Parmi les personnes arrêtées pour ce motif, 45% étaient itinérantes. Incapables de payer une caution ou une amende, elles se retrouvaient en prison, pour être ensuite retournées à la rue. Les taux de récidive étaient énormes et le système plus coûteux qu'efficace. La réadaptation n'apparaissait pas comme une priorité et les services offerts, dispensés par des organismes de bienfaisance, concernaient principalement l'assistance matérielle. Outre

l'hôpital psychiatrique, l'urgence des hôpitaux était à peu près le seul service public accessible à cette population.

Les textes de loi des années 70 viennent entériner un mouvement amorcé dans les années 60, pour faire de l'ivresse publique un problème de santé plutôt qu'une offense criminelle [443]. Aux États-Unis, le *Uniform Alcoholism and Intoxication Treatment Act* de 1971 définit l'alcoolique comme une personne malade plutôt que comme un(e) criminel(le). L'ivresse ne peut faire l'objet de sanctions pénales; le traitement est volontaire. Le principe de la continuité des soins est inscrit dans la loi et toute personne faisant partie du système de soins a droit à un plan de traitement. La loi prévoit le développement d'un réseau complet de services intégrés dont des centres de désintoxication, de traitement, des résidences et des services externes. Au début des années 80, vingt-cinq états américains avaient adopté cette législation [444], 33 en 1985 [409].

Au Canada, l'expérience ontarienne est la plus connue. L'amendement de 1971 au *Liquor Control Act* autorise les policiers à conduire les personnes coupables d'ivresse publique dans des centres de désintoxication plutôt que de déposer une accusation contre elles. Pour la mise en oeuvre de cette loi, seize centres de désintoxication ont été ouverts dans la province [445].

Ces réformes du contrôle social des itinérants posent de nombreuses questions aux analystes (voir à ce propos le numéro spécial de la revue *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 1976]. Selon Room [446], le contrôle de l'ivresse publique comporte trois dimensions: le devoir de la société de protéger les personnes contre le tort qu'elles peuvent se faire à elles-mêmes; le contrôle de l'utilisation et du climat du territoire urbain; le niveau de tolérance de styles de vie à l'opposé des valeurs sociales dominantes.

Le centre de désintoxication, de manière générale, tient compte de ces trois dimensions, en autant évidemment que le traitement soit obligatoire. La médicalisation pose ainsi la question des droits et libertés face au traitement obligatoire.

6.4.2 Les centres de désintoxication

Les premiers centres de désintoxication médicale ont été établis à St-Louis en 1966 et à New York en 1967 (*the Manhattan Bowery Project*). Pour les concepteurs de tels programmes, la désintoxication présente, par rapport à l'emprisonnement, de nombreux avantages:

- elle évite la stigmatisation liée aux procédures pénales;
- le centre de désintoxication est un milieu plus sain et plus humain que la prison;
- les soins médicaux sont plus accessibles;
- les ressources policières peuvent être dirigées vers des problèmes plus importants;
- les possibilités de référence vers un programme de réadaptation sont accrues.

Dès 1970, il apparaît cependant que le centre de désintoxication ne peut remplir toutes ces promesses. Les résultats de l'évaluation du centre de St-Louis Nimmier, cités par Bahr en 1973 [7], démontrent clairement qu'il vaut mieux passer une semaine au centre de désintoxication qu'en prison. Mais pour le reste, les coûts sont égaux, sinon plus élevés, les signes de réadaptation peu apparents et les taux de récurrence tout aussi importants.

Fagan et Mauss [447] ont analysé l'efficacité de l'approche médicale et judiciaire en ce qui a trait au contrôle social de l'ivresse publique. Pour ce faire, ils ont comparé, à Seattle, les

interventions policières et médicales dans le *skid row*, avant et après l'adoption par l'état de Washington de l'*Uniform Alcoholism and Intoxication Treatment Act*, en 1975. Ils en concluent que le Centre de désintoxication a pris en charge la clientèle qui, auparavant, se retrouvait en prison pour se dégriser. Cependant, les taux de récidive sont beaucoup plus élevés, en particulier parce que le séjour au centre de désintoxication est plus court (2,28 jours en moyenne) qu'en prison. Les taux de récidive (5 admissions et plus) ont quadruplé par rapport à l'emprisonnement. En 1976, la clientèle comptait 59% de personnes réadmisses, parmi lesquelles 16% avaient été réadmisses plus de 30 fois. Ils ont aussi observé que la police utilisait de nouveaux moyens de contrôle. Depuis la fin des arrestations pour ivresse publique, de nouveaux motifs d'arrestations avaient fait leur apparition: troubler la paix publique, uriner sur la voie publique, s'introduire sur la propriété d'autrui sans autorisation, mendicité et vagabondage.

En Ontario, les centres de désintoxication comptent principalement du personnel non médical, surtout des anciens alcooliques, entraînés à identifier les cas requérant une assistance médicale (3% environ)⁴ [448]. Ces cas sont référés à l'urgence de l'hôpital auquel est rattaché le centre. Des maisons de transition, dans la communauté, complètent le réseau. Les centres de désintoxication relèvent du ministère de la Santé, les maisons de transition, du ministère des Services communautaires et sociaux. L'objectif principal de ces centres est d'initier le processus de réadaptation, donc d'encourager le passage du centre de désintoxication à la maison de transition. En 1979, on trouvait en Ontario 13 centres de désintoxication et 17 maisons de transition. Des procédures d'évaluation furent intégrées aux programmes, au moment même de leur implantation et les résultats ont été publiés [430, 445, 449, 450]. La recherche a rejoint 8 000 personnes.

La première conclusion est à l'effet que la clientèle des centres de désintoxication n'est pas nécessairement composée d'itinérants. Une bonne partie de la clientèle n'a pas atteint le stade de l'itinérance alcoolique et ne répond pas aux critères de la population à décriminaliser: 48% n'ont pas été arrêtés pour ivresse publique l'année précédant leur admission, plusieurs avaient encore des liens maritaux (24%), une résidence stable (46%) et un emploi (42%). D'un autre côté, à cause de la pénurie de lits, le quart seulement des personnes arrêtées pour ivresse publique ont pu être dirigées vers les centres de désintoxication.

Les taux de réadmission en désintoxication sont élevés: 52% après six mois, 70% après deux ans. Les personnes réadmisses le plus souvent sont les itinérants alcooliques.

Les références réussies en réadaptation sont peu nombreuses. Smart et ses collaborateurs [451] ont enregistré un taux de 38% de passage en réadaptation et ce, après que 60% des personnes aient accepté la référence. On accepte plus volontiers d'aller en traitement après une première admission. Les caractéristiques socio-démographiques ne jouent pas sur le fait d'accepter ou non le traitement. Avec une autre cohorte, 10% des 1 202 personnes admises ont accepté d'être référées en traitement [450].

Un autre programme mis sur pied par l'*Addiction Research Foundation* de Toronto a été évalué par Sparadeo et ses collaborateurs [452]. Suivant cette évaluation, un programme psychosocial est sécuritaire (ce qui est aussi confirmé par O'Brian, [453]) et offre un meilleur rapport coût-efficacité qu'un programme médical. Le programme psychosocial rejoint effectivement les itinérants alcooliques et 37% des personnes désintoxiquées acceptent une référence en réadaptation. Un séjour plus long en désintoxication, un âge plus jeune et l'isolement distinguent les personnes référées de celles qui n'acceptent pas la référence.

Dans l'ensemble, les résultats des études évaluatives sont remarquablement homogènes, qu'elles aient été réalisées en Angleterre, au Canada ou aux États-Unis [430, 447, 452, 454-459]. Il est évident que par rapport à la prison, les centres de désintoxication offrent de meilleurs services médicaux, des conditions de dégrisement plus humaines et invitent davantage à la réadaptation

[405]. Par contre, ils ont eu comme effet inattendu d'accélérer le rythme de la porte tournante en raccourcissant les durées de séjour (entre 2 et 5 jours en moyenne) par rapport à la prison. Deux objectifs ne sont pas atteints: assurer la continuité de l'intervention par un passage dans des programmes de réadaptation (entre 10 et 38% des références réussies) et réduire les coûts. Finalement, la clientèle-cible n'est pas majoritaire dans les centres qui tendent à desservir une population plus «respectable» et avec un meilleur pronostic que celui des itinérants alcooliques. Certaines études ont observé une amélioration de la santé physique, mentale et des conditions de logement chez la clientèle. L'influence sur les comportements de consommation est négligeable et pourrait même se traduire dans certains cas par une augmentation de la consommation. Suivant l'analyse de Finn [460], la politique de décriminalisation de l'ivresse publique devrait être reconnue comme «modestement utile pour soulager le système criminel, réadapter quelques itinérants alcooliques de façon durable et faciliter à plusieurs autres des périodes d'abstinence temporaires, mais bénéfiques (p. 19)».

En fait, il apparaît maintenant que les services de désintoxication doivent être relayés par des services de stabilisation, dès la fin de la désintoxication. Un service de ce type a été développé à New York par le *Manhattan Bowery Project* dès 1982 [409]. Après 5 jours de désintoxication, la personne est invitée à passer dans une unité de 5 places où la durée de séjour peut aller jusqu'à un mois. Cette unité offre un counselling individuel et de groupe, des activités d'information et de loisirs, de l'aide pour obtenir des services et régler des problèmes. Suivant l'évaluation du programme, 88% des participants ont poursuivi une démarche de réadaptation après leur passage dans cette unité, contre 33% de ceux qui n'avaient participé qu'à la désintoxication. A Boston, les services de stabilisation après la désintoxication sont offerts dans quatre endroits différents comptant chacun 10 places, soit dans deux agences spécialisées en toxicomanie et dans deux refuges. Les itinérants désintoxiqués y demeurent jusqu'à ce qu'ils aient l'assurance d'un logement (moyenne de séjour: 22 jours). Les programmes offrent des services de «case management» et de liaison avec les autres ressources [461]. Cette forme de traitement a fait l'objet d'une étude auprès de 773 itinérants/presque itinérants répartis entre deux refuges et deux agences traditionnelles de désintoxication. Elle a permis de constater qu'il n'y a pas de différence entre le nombre de personnes ayant complété un programme, quel que soit celui-ci [462]. Les auteurs concluent qu'un programme de logement à court terme et de traitement de l'alcoolisme peut se dérouler, avec succès, à l'intérieur d'un refuge. Ils ajoutent qu'un programme de stabilisation peut être implanté dans différents milieux, avec différentes structures et selon différentes philosophies.

6.4.3 Les services médicaux

Les urgences des hôpitaux généraux se partagent, avec les centres de désintoxication et la prison, la clientèle des personnes itinérantes en état d'intoxication aiguë. Selon Weiler [463], jusqu'à 30% des personnes itinérantes évaluées à l'urgence auraient des problèmes médicaux reliés à l'alcool. Ces chiffres, qui résultent d'une étude canadienne, sont semblables à ceux rapportés dans des études menées en Écosse (40%), en Angleterre (29%) ou aux États-Unis [464]. Ces patients sont les plus mal perçus (sinon reçus) par le personnel médical: «ils ne guérissent pas et s'infligent eux-mêmes leur poison [464]». Le plan de traitement consiste trop souvent à les retourner à la rue le plus vite possible. Une étude effectuée auprès de 1838 personnes admises dans une unité de désintoxication d'un centre médical de San Fransisco, a permis de constater que le seul facteur pouvant prédire une réadmission dans cette unité de traitement était celui d'être itinérant [465].

Face à cette situation, Baker [464] propose une approche particulière pour assurer une continuité des soins à partir des admissions à répétition des itinérants alcooliques. Ces derniers sont considérés comme des malades chroniques. Une évaluation complète est faite au départ et le patient est référé vers des services médicaux, sociaux et de réadaptation appropriés. Chaque visite subséquente permet de vérifier et de stimuler l'exécution de ce plan de soins. Si le patient, après des visites répétées à l'urgence, fait preuve d'incapacité à subvenir à ses propres besoins et à suivre

un traitement, une demande pour hospitalisation non volontaire est présentée. Suivant l'auteur, cette procédure devrait briser le cycle de la porte tournante, encourager des périodes plus longues de sobriété, assurer un suivi à un malade chronique et avoir des effets positifs sur les perceptions et les comportements du personnel.

6.4.4 La réadaptation

L'itinérant alcoolique réunit toutes les conditions du pronostic le moins favorable: l'isolement social, la classe sociale inférieure, l'instabilité d'emploi et de résidence, l'ambivalence face à la réadaptation, la présence de problèmes de santé mentale et de troubles de personnalité [241, 466].

Selon les observateurs du milieu, cette difficulté à «traiter» les itinérants alcooliques tient aussi au fait que la consommation d'alcool est fonctionnelle dans le style de vie des itinérants [424]. L'alcool permet de lutter contre le stress, a un effet anesthésiant et soulage l'inconfort lié aux conditions de vie. La consommation d'alcool est aussi l'occasion de moments de bien-être et de convivialité [18, 397, 400, 418, 420-423, 467] et fait partie intégrante de la sous-culture du *skid row* [397, 400, 401, 404]. Dans l'enquête de Strauss et McCarthy [423] menée auprès de 44 hommes du Bowery, 90% des personnes affirment qu'elles n'ont pas l'intention de changer leurs habitudes de consommation. C'est pourquoi l'une des tâches les plus difficiles est de rejoindre la clientèle et de la motiver à suivre le traitement, dans un contexte qui offre finalement peu de possibilités d'amélioration des conditions de vie [468].

6.4.4.1 Les études comparatives

Les études d'évaluation ouvrent peu de perspectives quant à une solution miracle. En 1973, Gallant et ses collaborateurs [469] parlaient d'impasse dans le traitement de l'alcoolique chronique. Ils ont comparé deux formes de traitement obligatoire — six mois en externe et un traitement en interne avec un suivi en externe — et un traitement en externe volontaire. Un an après le traitement, 13 des 210 sujets traités pouvaient être considérés comme des succès à partir des critères d'arrestations, de sobriété et d'ajustement psychosocial. Comme ces sujets appartenaient aux trois groupes, il fallait bien conclure qu'un traitement interne obligatoire, avec soins médicaux, diète, counseling, vêtements, service de placement et soutien financier ne donnait pas de meilleurs résultats qu'une simple référence de routine à une clinique externe.

À Philadelphie, Blumberg et ses collaborateurs [470] ont évalué différentes formes d'intervention auprès d'itinérants alcooliques. La thérapie de groupe en maison de correction n'a pas eu d'effet sur le taux d'arrestation, ni sur les résultats au MMPI, un test de pathologie générale. Un programme de counseling (références à des services médicaux, sociaux, occupationnels) a donné des résultats modestes. Parmi les hommes qui ont pu être rejoints après un an (293/602, 48%), quelques-uns avaient de meilleures conditions de logement, une meilleure stabilité économique et ils étaient en bonne santé. Le programme semble avoir eu des effets surtout chez les hommes stabilisés, bien installés dans le *skid row*.

Smart et ses collaborateurs [459] ont effectué un suivi de six mois auprès de 114 ex-clients d'un centre de désintoxication. De ceux-là, 72 ont accepté d'aller en réadaptation et 44 y sont effectivement allés: 17 dans une maison de transition, 15 dans une ferme de séjour à long terme et 12 en traitement à l'externe. Les chercheurs n'ont trouvé aucune différence avant et après le traitement (admissions subséquentes au centre de désintoxication, arrestation pour ivresse publique ou pour d'autres motifs) chez les personnes traitées, quel que soit le type de traitement reçu. Les meilleurs taux de succès étaient enregistrés chez les personnes qui avaient connu les plus longues périodes d'emploi. Il semble que les personnes qui actualisent la référence sont celles dont le pronostic est le moins favorable et celles qui ont la plus faible intégration sociale. Quant à l'absence d'effet du traitement, elle est en partie attribuable au fait que les sujets y demeurent très peu

longtemps (moyenne de 1,4 visite en externe et de 50 jours dans les programmes à long terme). Annis [430] a aussi souligné que l'un des problèmes majeurs des programmes de réadaptation est de garder leurs clients suffisamment longtemps pour que le programme ait quelque chance de succès. Le séjour moyen dans les programmes résidentiels est de 2,8 semaines. Dans les maisons de transition, les hommes restent de cinq à six semaines, en moyenne, pour un séjour prévu de trois à six mois. En externe, la moitié des personnes ne vont pas au-delà d'un premier rendez-vous et les deux tiers ne réapparaissent plus après le deuxième.

6.4.4.2 Les maisons de transition

Annis et Liban [449] ont évalué cinq maisons de transition pour itinérants alcooliques de Toronto, à partir d'un groupe expérimental (n=35) et d'un groupe contrôle (n=35) pairés. Trois mois après la fin du séjour en maison de transition, 6% des personnes traitées avaient été arrêtées pour ivresse publique; c'était le cas de 37% des personnes qui n'étaient pas allées en maison de transition. Par ailleurs, 49% des ex-résidents avaient été réadmis en désintoxication contre 26% des personnes du groupe contrôle. Les ex-résidents étaient plus nombreux à se référer eux-mêmes (34%) que les autres (17%). Le fait d'avoir été en maison de transition et la longueur du séjour n'avaient pas d'influence sur la consommation ultérieure. Pendant leur résidence en maison de transition, les hommes avaient cependant connu moins d'épisodes de consommation qu'après leur congé. Suivant ces résultats, l'effet du séjour en maison de transition serait, non pas de réduire la consommation d'alcool, mais d'intégrer les itinérants alcooliques au système de soins: après un épisode de consommation, ils se dirigeraient d'eux-mêmes vers un centre de désintoxication, avant d'être arrêtés.

En fait, suivant la recension de Ogborne et Smart [471], les résultats des évaluations ne permettent pas de conclure que les maisons de transition contribuent de façon significative à la réadaptation des itinérants alcooliques. De façon générale, il apparaît évident que la réadaptation seule ne suffit pas [472] et que des programmes de stabilisation dans le milieu et de resocialisation représentent, dans la plupart des cas, des compléments indispensables à une réadaptation réussie.

6.4.4.3 L'intervention dans le milieu

En 1973, l'équipe de Blumberg [470] avait expérimenté un programme de suivi intensif dans le milieu. L'évaluation (52 personnes rejointes sur 209) avait démontré que le programme de counseling intensif avait produit de meilleurs résultats (23,3% d'abstinence après un an) qu'un séjour en maison de transition (12,5%) ou que des références (7,7%).

Suite aux conclusions de l'équipe de Blumberg, un programme de suivi intensif dans le milieu, d'une durée de six mois, a été expérimenté à Toronto et évalué par Ogborne et Wilmot [473]. Le groupe expérimental et le groupe contrôle comptaient chacun 20 hommes. Trois mois après la fin du programme, les chercheurs n'ont détecté aucune différence significative entre les deux groupes. Par contre, des situations de crise auraient pu connaître des conséquences plus sérieuses, n'eût-été l'intervention du conseiller. La présence d'un conseiller dans le milieu apparaît donc bénéfique pour désamorcer les situations de crise et faciliter des périodes de stabilité relative pour certaines personnes.

Ces programmes de suivi communautaire se sont beaucoup développés depuis quelques années et peuvent prendre différentes formes, suivant l'intensité de l'implication du client et le type de services offerts. En 1988, le National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism subventionnait neuf projets pilotes pour le traitement d'itinérants alcooliques et toxicomanes [416, 461, 462, 472, 474-477]. En 1990, suite aux résultats que cet organisme a obtenus avec ses neuf projets, quatorze nouvelles subventions ont été accordées pour le développement de programmes de traitement pour les personnes sans-abri alcooliques et toxicomanes [478-490]. De nombreuses descriptions et des évaluations de programmes-types sont maintenant disponibles [462, 476, 479, 481, 483-487, 489,

490-494]. Certains programmes s'adressent plus particulièrement aux personnes itinérantes alcooliques ou toxicomanes ayant un problème de santé mentale [370, 371, 393, 394, 396, 437], aux anciens combattants sans abri faisant abus d'alcool ou de drogues [482, 495], aux itinérants consommateurs de cocaïne [488], aux sans-abri alcooliques [476, 496], à des hommes sans abri, qu'ils soient alcooliques ou toxicomanes [477, 478, 480], et à des femmes, qu'elles aient un problème d'abus de drogue ou d'alcool [497]. Comme on peut le constater, les programmes de traitement se sont beaucoup développés et spécialisés, s'adressant à des clientèles de plus en plus spécifiques.

À New York, on a aussi expérimenté une forme de traitement dans le milieu [498], le programme STEP (*Supportive Therapeutic Environment Program*). L'objectif de celui-ci est de créer un réseau de soutien à l'intérieur même des hôtels fréquentés par les itinérants. Lorsqu'une personne obtient un congé après la désintoxication, elle est référée à l'hôtel où a lieu le projet. Le groupe de personnes sobres s'y étend graduellement. Dans le projet pilote, les six premières personnes ont été recrutées en deux mois et huit mois plus tard, l'hôtel accueillait 30 personnes plus ou moins sobres aux 5^e et 6^e étages. Des réunions des A.A. ont lieu dans le vestibule, une équipe externe assure le suivi, tient des groupes et organise des activités. On prévoit que la personne reste dans le programme de 6 à 8 mois, mais elle peut aussi y rester des années. Une personne qui a une rechute mais se reprend en main peut rester dans le programme. Si cela arrive plus de deux fois, elle est suspendue durant un mois. On n'incite pas les personnes à retravailler rapidement, parce que l'argent gagné va trop facilement à l'achat d'alcool.

Les auteurs du programme ont remarqué que si les personnes restent sobres quelques semaines après leur désintoxication, elles vont connaître de plus longues périodes de sobriété que celles qui sont allées en maison de transition. Après trois ans et demi d'opération, 140 personnes ont participé au programme. Parmi elles, 75% y sont restés plus d'un mois et 47% plus de six mois sans faire plus de deux rechutes. Dix-huit personnes sont retournées au travail ou participaient à des programmes de pré-emploi. Le fait d'avoir gardé le contact avec une personne significative ou de développer une relation significative semble déterminant quant à la capacité de rester engagé dans le programme. On a ainsi observé que des membres du programme s'intéressaient progressivement à un chat ou à un chien et qu'ils en prenaient d'autant plus soin qu'ils progressaient eux-mêmes.

La forme la plus achevée de ces programmes intégrés au milieu de vie pourrait être les «milieux de vie sans alcool» (*Alcohol-Free Living Centers*). Les premiers milieux de vie sans alcool ont été développés à San Francisco en 1984, dans le but d'aider les itinérants dont la consommation s'était stabilisée à maintenir leurs nouvelles habitudes. Le principe général est de regrouper en un même endroit des personnes en voie de réadaptation afin de favoriser le soutien mutuel et de les assurer d'un minimum de ressources d'encadrement. Dans ces milieux de vie, les alcooliques en voie de réadaptation vivent de façon indépendante, mais sous la supervision d'une agence responsable. La consommation de psychotropes dans les immeubles est strictement interdite. Au-delà de ces principes de base, le modèle admet de nombreuses variations [499-503]. Dans les exemples connus, la capacité d'un programme peut aller de 6 personnes (3 appartements) à une douzaine, réunies dans une même maison de chambres, jusqu'à un hôtel entier (174 personnes). Ces programmes participent aux politiques de logement subventionné et leurs sources de financement sont multiples: loyers des locataires, subventions et dons. L'encadrement est assuré par un concierge-gérant et/ou un animateur. Les AA et l'entraide y jouent souvent un rôle important [504].

6.4.4.4 L'amélioration des conditions de vie

Les programmes axés sur le milieu de vie constituent des exemples d'une orientation récente qui met l'accent sur l'environnement. Le cadre théorique de cette approche est exposé dans un article de Bates [505]. Suivant ce modèle, l'intervention doit considérer deux fronts: l'amélioration des conditions objectives de vie (créer un milieu plus favorable) et le développement des

compétences personnelles. Chaque période de sobriété doit être utilisée pour rendre l'itinérant plus efficace dans sa façon de transiger avec son environnement. Le travail en groupe dirigé vers la réalisation de tâches ou d'activités peut représenter une forme d'apprentissage. Suivant l'auteur, la compétence doit remplacer l'alcool pour faire face à un milieu de vie particulièrement difficile. Cette idée de compétence est renforcée par les conclusions de la recherche de Sjöberg et de ses collaborateurs [506]. Ces auteurs ont remarqué que les rechutes chez les itinérants alcooliques ont lieu à l'occasion d'épisodes de stress émotif et sont légitimées par des raisonnements tordus. Les stimuli extérieurs l'emportent alors sur leur bonne volonté. C'est pourquoi les auteurs proposent une approche fondée sur l'apprentissage du contrôle sur l'environnement.

Deux études ont plus ou moins évalué les effets de l'amélioration des conditions de vie sur la situation des itinérants alcooliques. Asander [219] a suivi ses sujets pendant trois ans. Comme ceux-ci profitaient d'un programme de logement, ils ont été arrêtés moins souvent, puisqu'ils buvaient chez eux. Par contre, leur condition d'alcoolique ne s'améliorait pas et leur santé continuait à se détériorer.

Giesbrecht [507] a procédé à une enquête terrain pour identifier les facteurs qui différencient les itinérants qui ont réussi à contrôler leur consommation d'alcool de ceux qui sont restés de grands consommateurs. Les facteurs envisagés étaient: les antécédents socio-économiques, le degré d'intégration à la sous-culture de la déviance, les expériences négatives associées à la déviance, des accès à la conformité, les interventions formelles et le vieillissement. Pour vérifier ces hypothèses, l'auteur a rencontré 346 personnes, ex-consommateurs ou consommateurs actifs. Le meilleur facteur de prédiction s'est avéré être celui d'avoir des liens avec un milieu conforme («stakes in conformity»), que ce soient des valeurs, des relations ou des rôles. Cependant, ce rapprochement avec ce milieu n'était pas une cause de l'arrêt de consommation excessive, mais une conséquence. De plus, l'analyse a révélé des jalons successifs vers la conformité soit, dans l'ordre: la fréquentation d'abstinents ou de buveurs modérés, l'affiliation à un groupe religieux, un mode de résidence conventionnel, une source stable de revenu, le contact avec des membres de la famille et finalement une relation suivie avec une femme. Chaque jalon présente un niveau de difficulté plus grand et un plus haut niveau de risque, puisque la rechute aura des conséquences plus graves. Les conclusions de cette recherche insistent sur le fait que des conditions de vie moins marginales représentent autant de renforcement dans une démarche de normalisation. Les bénéfices de la sobriété sont reliés aux besoins d'affiliation.

Suite à leur étude du processus de stabilisation de la consommation, Shipley et al. [508] sont arrivés à des conclusions assez proches de celles de Giesbrecht. Les stratégies qui leur semblent particulièrement prometteuses seraient d'aider le client à développer l'espoir et la confiance en sa capacité de se réadapter, à reconstruire des relations sociales positives et à reprendre le processus de réadaptation suite aux rechutes. Sur cette base, Fagan et Mauss [509] décrivent un programme de réadaptation qui a comme objectif d'accompagner les itinérants dans leur démarche de retour dans la société et de les aider à développer une nouvelle crédibilité sociale. Ce programme est fondé sur de petites équipes de bénévoles qui facilitent les contacts avec la famille, de nouvelles connaissances et les services.

En définitive, des besoins physiologiques, de sécurité, d'affiliation semblent, en dernière instance, fonder la problématique de l'intervention auprès des itinérants alcooliques. L'équipe de Blumberg [470] en fait un principe de base: «L'objectif de la réhabilitation des itinérants alcooliques est de les aider à améliorer leur qualité de vie (p. 222)».

Un projet pilote effectué par Racine et Mercier [510] a permis d'étudier le parcours de réadaptation sociale de trois personnes itinérantes toxicomanes. L'analyse qualitative de cette information a fait ressortir quelques pistes d'interventions et d'évaluation. Les auteurs soulignent qu'il est nécessaire d'inclure le point de vue des clients si on veut que les services de réadaptation correspondent à leurs besoins et permettent d'améliorer leurs conditions de vie.

6.4.4.5 Les groupes d'entraide

Des groupes d'entraide basés sur différentes approches ont vu le jour. Certains s'inspirent largement du programme de douze étapes des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes [496, 511]. Un autre groupe de soutien, élaboré par des infirmières, est organisé à partir de discussions qui portent sur des thèmes particuliers aux besoins des sans-abri alcooliques [494]. Ce groupe a été mis sur pied pour pallier au manque de ressources disponibles pour ces personnes.

6.4.5 La coordination des services

Room [446] a énoncé une série de propositions qui permettent d'aborder la question de la toxicomanie et de l'itinérance dans un cadre plus large. Il lui apparaît d'abord nécessaire de désensibiliser l'opinion publique quant à la nuisance que représentent les itinérants et de diminuer la pression publique exercée sur les *Skid Rows* dans le cadre du réaménagement urbain. La priorité devrait être donnée au logement et à l'occupation du temps. Un protecteur du citoyen (*ombudsperson*) devrait être nommé pour défendre les droits des itinérants. L'assistance devrait être accessible à toute personne en danger suite à la consommation de drogues, peu importe où elle se trouve (dans un bar, chez elle). Enfin, les différents programmes pourraient être financés à partir d'une surtaxe sur l'alcool.

Dans certains cas, les services aux itinérants alcooliques font l'objet d'une stratégie d'ensemble planifiée au plan local [504]. C'est le cas, par exemple, de la ville de Portland [512] où un groupe de travail a émis une série de recommandations qui portent autant sur des aspects législatifs et environnementaux que sur le développement de ressources. La ville de Philadelphie [424] a également développé une gamme de services intégrés à l'intention des itinérants alcooliques. On trouve aussi, dans la littérature spécialisée, des exemples de planification à l'échelle d'un comté [491] ou d'un état, en l'occurrence, l'Alaska [393]. Le modèle du consortium de ressources est utilisé à Chicago, Détroit, Los Angeles, Portland [72] et Cleveland [503].

Trois documents font la synthèse des réponses de différents milieux face au problème des itinérants alcooliques. Un rapport de la *National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors* décrit les stratégies mises en oeuvre dans 32 États et le district de Columbia. Whitman et Madden [428] ont recensé les programmes américains orientés vers les itinérants alcooliques. Enfin, la United States Conference of Mayors [513] a édité un répertoire de programmes locaux à l'intention des itinérants ayant des problèmes de santé mentale. Les domaines considérés sont le logement, les services de «reaching out», les programmes de jour et les modalités de coordination. Dans chacun de ces documents, l'information touche généralement la planification, la programmation et les services offerts, le personnel, le financement et l'administration, les relations aux autres services et la recherche.

6.5 CONCLUSION

L'alcoolisme a longtemps représenté la problématique principale associée à l'itinérance. Aujourd'hui, la maladie mentale occupe davantage le devant de la scène, du moins en ce qui concerne la littérature scientifique et le développement des services [25]. Du fait de la diversification de la population, la proportion d'alcooliques «purs» tend aussi à diminuer: à New York, par exemple, elle serait passée de 49% entre 1968-1972 à 28%, entre 1981-1984 [18]. Parmi les «nouveaux» sans-abri de Los Angeles, on compte 52% d'alcooliques, mais 64% chez les itinérants de longue date [413].

Par ailleurs, la consommation de psychotropes et ses conséquences représentent toujours la raison la plus fréquemment invoquée par les itinérants pour expliquer leur situation actuelle. Pour

32% de la clientèle du programme *Health Care for Homeless*, l'alcoolisme et l'abus des drogues sont considérés comme étant les facteurs les plus importants permettant d'expliquer leur condition actuelle. Pour un autre 22%, ces facteurs sont considérés importants. Les autres facteurs identifiés ont trait à la maladie physique et mentale. Dans une enquête réalisée à Los Angeles, 80% des itinérants alcooliques ont rapporté que leurs problèmes de consommation d'alcool avaient précédé la perte de leur domicile [413].

Les itinérants alcooliques représentent une sous-population dont la condition est plus détériorée sur plusieurs plans par rapport à d'autres sous-groupes: ils sont plus désaffiliés, leur état de santé physique et mentale est plus affectée, ils sont plus ancrés dans le milieu de l'itinérance et sont plus prédisposés à accumuler les problèmes. Ils sont aussi ceux pour qui les perspectives de logement à long terme et d'emploi sont les plus aléatoires [18]. Ce tableau complexe pose à l'intervention de nombreux défis [466]. Parmi les services novateurs qui, dans un premier temps, ont été développés à l'intention des itinérants, peu s'adressaient aux itinérants alcooliques et toxicomanes et plusieurs faisaient même de l'usage des psychotropes un critère d'exclusion [75, 79]. Cette situation est cependant en voie d'être changée.

NOTES

1. Ce chapitre est une mise à jour de la recension des écrits réalisée en 1986 à l'intention du Centre d'accueil Préfontaine [514].
2. Les *skid rows* ont été dénommés à partir des «skidways», sur lesquels les bûcherons acheminaient les billots pour leur transport au moulin à scie. À Seattle, les pensions, les saloons étaient situés le long du «Skid Row» qui partait du sommet de la colline jusqu'au moulin. Dans les autres villes, les enclaves d'itinérants devinrent les *skid rows* [8, 398]. À défaut d'un équivalent français satisfaisant, le terme *skid row* sera utilisé dans ce texte.
3. Les autochtones représentent cependant le groupe le plus fortement représenté parmi les itinérants alcooliques.
4. La question des avantages et des limites réciproques de la désintoxication médicale ou psychosociale a suscité beaucoup de controverses. Sadd et Young [448]; ont procédé à la recension des écrits sur le sujet pour conclure que les recherches ne permettent pas de conclure à une meilleure efficacité de l'une ou l'autre approche; les deux apparaissent aussi d'une sécurité comparable pour les itinérants alcooliques.

Chapitre 7

CRIMINALITÉ ET MALADIE MENTALE

Louise FOURNIER

Ce chapitre présente, en premier lieu, les résultats des études empiriques qui montrent un lien entre criminalité et itinérance et tente de déterminer la direction du lien de causalité qui existe entre les deux. Les études qui visent à déterminer l'existence et la direction du lien de causalité entre criminalité, maladie mentale et itinérance seront présentées par la suite. Enfin, les différentes hypothèses qui expliquent la nature du lien entre ces trois problématiques seront exposées.

7.1 CRIMINALITÉ ET ITINÉRANCE

Selon plusieurs [45, 414, 515, 516], l'activité criminelle des sans-abri excède celle de l'ensemble de la population. Par exemple, l'étude de Lindelius et Salum [517], menée à Stockholm à partir d'un échantillon de 202 sans-abri, montre que 77% d'entre eux possèdent un dossier d'arrestation; la criminalité observée par rapport à la criminalité attendue (en population générale) est de 3 à 5 fois plus élevée selon les catégories d'âge.

D'autres études menées dans les refuges montrent également de fortes proportions de contacts avec le système judiciaire chez les sans-abri. Par exemple, l'étude de Wandall-Holm et Nordentoft [280], menée auprès de 200 clients des refuges de Copenhague, montre que 73% d'entre eux ont déjà été condamnés pour un délit ou un crime quelconque. L'étude de Snow et al. [515], menée auprès d'un échantillon de 767 sans-abri, montre que 32,3% d'entre eux avaient été arrêtés au cours des 27 mois précédant l'enquête. De même, une enquête menée auprès d'un échantillon de 299 clients des missions et refuges de Montréal [53] montre que 29,9% des sujets avaient fait un séjour en prison ou au poste de police au cours de l'année précédant l'enquête. Si les sans-abri sont arrêtés plus souvent que les domiciliés, plusieurs [515, 517-520] diront que la plupart de leurs crimes sont relativement mineurs et ne causent pas de tort direct au citoyen. Toutefois, Wandall-Holm et Nordentoft [280] rapportent que le quart des sujets interrogés ont été condamnés pour des comportements violents, dont 5.5% pour des crimes violents mettant la vie de quelqu'un en danger ou pour des homicides.

D'autres études menées dans les milieux carcéraux montrent aussi un lien entre criminalité et itinérance. Pruett [521], suite à une étude menée à partir des dossiers d'arrestation de 728 hommes détenus dans les prisons de Chicago, rapporte que 7,5% étaient sans abri (*i.e.* dans la rue, les refuges ou les maisons de chambres) au moment de l'arrestation. Dans l'étude de Michaels et al. [522], menée auprès de 299 détenus d'une prison de New York, 21,5% ont déclaré qu'ils étaient sans-abri au moment de l'arrestation et 40% disent l'avoir été au cours des trois années qui ont précédé l'année de l'étude. L'étude canadienne de Vitelli [523], menée à partir des dossiers de 110

détenus relâchés d'une prison provinciale à sécurité maximale (condamnations de moins de deux ans), montrent que 39% de ces détenus étaient sans-abri au moment de leur libération. La variation observée dans les proportions rapportées dans ces études peut être attribuable aux différents sites où ces études ont été menées et aux définitions de sans-abri utilisées.

Ces études récentes menées dans les milieux carcéraux ont aussi permis de comparer les détenus sans abri aux détenus domiciliés. Les résultats montrent que les sans-abri sont sujets à un plus grand nombre d'arrestations, d'accusations et de condamnations et qu'ils ont plus d'antécédents criminels que les personnes domiciliées. Ils ont également commis davantage d'actes criminels violents [521, 523]. Cette prévalence plus élevée de crimes violents chez les sans-abri remet en question les résultats des études précédentes qui tendaient à montrer que le type de crimes commis par les sans-abri était mineur ou sans violence [515, 517-520]. Ces différences de résultats pourraient s'expliquer par le fait que les sans-abri des refuges et ceux des prisons sont différents. Aussi, les études faites à partir des arrestations pourraient conduire à une surreprésentation des délits mineurs, ces derniers ne menant pas nécessairement à une condamnation ou à l'emprisonnement.

La direction du lien de causalité entre criminalité et itinérance n'est pas évidente. La criminalité peut être vue comme un facteur de risque qui mène à l'itinérance mais elle peut aussi apparaître comme une conséquence de cette situation de vie. Fischer [516] a identifié quatre manières différentes d'interpréter l'activité criminelle chez les sans-abri: 1) c'est l'expression d'une déviance réelle dans laquelle l'itinérance n'est elle-même qu'un autre indicateur de la déviance; 2) c'est un des moyens de subsistance disponibles pour augmenter les maigres ressources d'une population dans laquelle la majorité des individus ont été sans emploi durant une longue période; 3) c'est une adaptation fonctionnelle à l'itinérance, une stratégie de survie, comme, par exemple, le fait de commettre un délit suffisant pour se faire arrêter et être mis en prison pendant la saison froide (il s'agit alors plus d'opportunisme que d'activités illégales préméditées); 4) c'est la criminalisation de comportements reflétant des capacités diminuées comme chez le malade mental (y compris l'alcoolique).

Dans quelques études (citées dans l'article de McCarthy et Hagan [524]) menées auprès de jeunes sans abri, on a tenté de déterminer la direction du lien de causalité entre itinérance et criminalité. Pour ce faire, les auteurs ont évalué la prévalence des comportements délinquants avant et après être devenu sans-abri. La plupart de ces études arrivent à la conclusion que le crime conduit à l'itinérance ou encore que ces deux problèmes sont indépendants. L'étude canadienne de McCarthy et Hagan [524] menée auprès d'un échantillon de 390 jeunes sans abri de 19 ans et moins fait cependant exception: elle tend plutôt à montrer que l'itinérance constitue une situation «criminogène». Les résultats de cette étude montrent qu'une proportion significativement plus grande de ces jeunes ont commis leurs délits après s'être retrouvés sans abri plutôt qu'avant. De plus, il semble que la criminalité soit plus fréquente chez les jeunes dont la durée de la période sans abri s'étend à plus d'un an. Il reste à déterminer, selon les auteurs, les raisons qui permettent d'expliquer cette augmentation. Est-ce la diminution du contrôle social, l'augmentation de la socialisation par ou avec des pairs déviants, la criminalisation des comportements uniquement parce que l'individu vit dans la rue, ou une stratégie de survie?

Bref, les résultats sont controversés et ne permettent pas encore de conclure ni sur le lien explicatif entre les deux problèmes, ni sur la signification des actes criminels chez les sans-abri.

7.2 MALADIE MENTALE, CRIMINALITÉ ET ITINÉRANCE

Plusieurs études ont permis d'examiner le lien entre maladie mentale, criminalité et itinérance. Ces études ont été menées dans différents sites (missions, refuges, prisons, hôpitaux psychiatriques), avec des méthodologies différentes (dossiers, enquête transversale et longitudinale) et des définitions des trois problématiques variant d'une étude à l'autre.

Plusieurs études menées dans les missions et refuges montrent que les sans-abri présentant une maladie mentale ont davantage été impliqués dans des activités criminelles que ceux n'en présentant pas [96, 280, 291, 298, 525]. L'étude de Schutt et Garrett [290] montre aussi que les sans-abri présentant un double diagnostic sont aussi plus à risque d'avoir été impliqués dans des activités criminelles. Une étude fait cependant exception, celle de Benda [526], menée auprès d'un échantillon de 444 itinérants. Les résultats de cette étude montrent que les personnes déjà hospitalisées en psychiatrie n'étaient pas plus susceptibles d'avoir été arrêtées que celles jamais hospitalisées. Les meilleurs prédicteurs de l'incidence d'une arrestation étaient une incarcération antérieure ou un traitement antérieur pour abus d'alcool. À l'exception de cette dernière, les études menées auprès de sans-abri, dans lesquelles les malades mentaux sont comparés à des personnes qui ne présentent pas de troubles mentaux, tendent à confirmer le lien déjà observé entre maladie mentale et criminalité chez les individus domiciliés [527, 528].

Quelques études menées dans les milieux carcéraux montrent que les détenus sans abri présentent davantage des troubles mentaux que les détenus domiciliés [521-523]. D'autres études [309, 529], menées auprès de détenus référés en psychiatrie, montrent que 30% à 40% d'entre eux étaient sans abri au moment de leur arrestation. Non seulement les détenus sans abri présentent plus de troubles mentaux que les détenus domiciliés, mais ils ont des maladies mentales plus sévères, plus chroniques et ont eu davantage d'hospitalisations psychiatriques antérieures [309]. Ces études tendent à confirmer que le lien entre itinérance et maladie mentale se maintient même chez les individus ayant commis des actes criminels.

Une étude de Belcher [530], menée auprès de 132 patients mentaux interrogés six mois après leur sortie de l'hôpital psychiatrique, montre que ceux qui deviennent sans abri sont très susceptibles d'être impliqués avec la justice: 35,6% deviendront sans abri et presque la moitié d'entre eux seront arrêtés et emprisonnés. Selon Belcher [530], les motifs d'arrestation seraient surtout liés à la présence de comportements bizarres qui peuvent paraître menaçants pour le public. Si cette étude tend à montrer que les malades mentaux sont à risque élevé de devenir sans abri et que cette condition de vie les rendrait plus susceptibles de se faire arrêter, le devis de cette étude, bien que longitudinal, ne permet pas d'avancer une telle conclusion avec certitude.

L'étude de Gelberg et al. [96] fournit une première indication à l'effet que les malades mentaux sans abri peuvent être à risque de commettre des activités criminelles violentes. En fait, à partir des taux d'arrestations depuis l'âge de 18 ans et du nombre de condamnations criminelles, les auteurs ont conclu que les sans-abri malades mentaux étaient deux fois plus susceptibles de commettre des actes criminels violents. Dans le même sens, l'étude de Pruett [521] montre que les détenus sans abri présentant des troubles mentaux avaient commis significativement plus de crimes violents, laissant supposer un lien entre itinérance, maladie mentale et crime violent. Enfin, l'étude de Martell [531], menée à partir des dossiers de 137 patients d'un hôpital psychiatrique sécuritaire, montre que les sans-abri sont surreprésentés dans ce type de population: 49,6% étaient sans-abri au moment de leur délit. L'auteur conclut que ces patients présentent un risque 25 fois plus élevé que d'autres patients psychiatriques d'avoir été sans abri. Alors que les malades mentaux sans abri représentent seulement 2% de l'ensemble des malades mentaux, ils représentent 50% des patients en psychiatrie légale. Il y aurait donc, selon cette étude, un risque disproportionné pour les malades mentaux sans abri de se retrouver dans un hôpital de psychiatrie légale.

Martell et al. [532, 533] ont mené une autre étude, cette fois auprès de 184 personnes accusées et référées à une clinique médico-légale pour une évaluation de leur compétence à subir un procès. Parmi ces personnes, 42% ont affirmé qu'elles étaient sans abri au moment où elles ont commis leur crime. Les auteurs ont conclu que cette population d'accusés qui semblent présenter des troubles mentaux était 21 fois plus susceptible d'être sans abri que d'autres populations présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, les personnes sans abri étaient 2,4 fois plus susceptibles d'être déclarées incapables de subir leur procès. Cependant, ceci serait attribuable, selon les auteurs, au fait que les sans-abri ont un taux de psychose plus élevé que les autres accusés

domiciliés. Enfin, les accusés sans abri sont 25 fois plus susceptibles d'être accusés d'homicide que les accusés domiciliés et 40 fois plus susceptibles d'être impliqués dans des crimes violents. Ils sont également plus susceptibles de s'en prendre à des étrangers.

La littérature couvrant le lien entre ces trois problématiques est difficile à analyser pour plusieurs raisons d'ordre méthodologique: 1) les résultats de plusieurs de ces études proviennent d'analyses secondaires de données collectées à d'autres fins; 2) les populations étudiées proviennent de sites différents et souvent, les échantillons de sujets ne représentent qu'une partie de la population d'un type de site; 3) les indicateurs de maladie mentale et de criminalité sont différents et parfois trop simplistes; 4) les données proviennent principalement d'études transversales qui ne permettent pas de voir l'évolution de chacun des problèmes dans le temps et de détecter si chacun de ceux-ci se pose comme facteur de risque ou comme conséquence.

Malgré tout, les résultats semblent converger vers certaines évidences: 1) les sans-abri ont des taux de criminalité plus élevés que ceux retrouvés dans l'ensemble de la population; 2) les malades mentaux sans abri ont des taux de criminalité plus élevés que les autres sans-abri ou que les autres malades mentaux; 3) les détenus sans abri ont des taux de maladie mentale plus élevés que les détenus domiciliés ou, inversement, la population des détenus malades mentaux englobe un nombre élevé de personnes qui étaient sans abri au moment de leur arrestation. C'est donc dire que les malades mentaux ayant commis des actes criminels se trouvent nettement surreprésentés parmi les sans-abri et ce, peu importe le site d'où provient l'étude.

Crimes violents ou crimes mineurs? Jusqu'à récemment, plusieurs s'entendaient pour dire qu'il s'agissait principalement de crimes sans violence. Un certain nombre d'études [96, 521, 531] semblent maintenant indiquer une association entre maladie mentale, itinérance et crime violent. Cependant, compte tenu des problèmes méthodologiques déjà énoncés, il est difficile de conclure clairement sur la sévérité de la criminalité chez les malades mentaux sans abri. Par exemple, il se pourrait que les crimes mineurs soient plus fréquents chez les sans-abri des refuges et que les crimes violents soient plus fréquents chez les sans-abri des prisons.

7.3 HYPOTHÈSES EXPLICATIVES

Plusieurs ont fait valoir que le lien entre les problématiques de criminalité, d'itinérance et de maladie mentale était davantage le reflet d'une criminalisation [522, 534, 535] des comportements liés à la maladie mentale ou à l'itinérance plutôt qu'une réelle relation dynamique entre ces conditions. Le malade mental sans abri serait traité différemment par le système, ou bien à l'arrestation ou subséquemment. Il ne présenterait pas un risque plus élevé de développer des comportements criminels mais serait simplement plus susceptible d'être arrêté ou condamné, que ce soit à cause d'une visibilité plus grande, de contacts plus fréquents avec la police ou de ressources de traitement limitées. Dans ce cas, l'accent est mis sur l'organisation des services. Cependant, les taux plus élevés de crimes violents, tel qu'observés dans l'étude de Martell [531], peuvent difficilement être expliqués sur cette seule base puisqu'au cœur de l'hypothèse de la criminalisation, ce sont les délits mineurs qui sont en cause.

D'autres croient que l'association entre les trois problématiques est réelle et offrent un autre type d'explications qui relève davantage de l'interaction entre ces problèmes. La littérature suggère que ni la maladie mentale ni l'itinérance ne peuvent expliquer à elles seules de façon adéquate l'augmentation significative du risque de crime violent mais qu'il pourrait y avoir un effet d'interaction entre les deux [526, 531, 536]. La maladie mentale amène une plus grande vulnérabilité par rapport aux stress liés à la condition d'itinérance (trouver de la nourriture, un abri, éviter d'être victime d'agression, le harcèlement de la police, la recherche d'aide, etc.), et ces stress, posant des demandes très fortes par rapport aux habiletés de *coping*, augmentent le risque de comportements agressifs ou violents.

Le fait que le mode de vie des sans-abri amènent les malades mentaux à être victimes d'actes criminels pourrait agir de manière particulière [297, 300, 414, 537]. Selon Singer [538], être la victime d'un crime violent sérieux augmente la probabilité de s'engager, dans le futur, dans des comportements criminels violents. Le malade mental sans abri pourrait alterner les rôles entre victime et agresseur, sans doute en déplaçant son expérience de victime sur les autres.

Monahan [539] fait ressortir l'importance de tenir compte du contexte situationnel ou environnemental dans lequel le comportement violent s'est produit. En ce sens, l'itinérance, comme variable situationnelle-contextuelle, pourrait être utile pour étudier les comportements violents chez les malades mentaux.

7.4 CONCLUSION

Maladie mentale, itinérance et criminalité sont trois problématiques qui, même considérées isolément, défient le champ des connaissances. La prise en compte de ces problématiques en association rend ce défi encore plus complexe, sans compter qu'il est relativement récent que la relation entre ces différents problèmes soit considérée, à tout le moins, sur un plan statistique.

Les travaux futurs devraient permettre d'établir avec plus de précision la corrélation entre ces problèmes mais devrait également permettre de considérer la nature du crime, le type de maladie mentale, la signification et la durée de l'itinérance. Il apparaît aussi que nous ferions fausse route si nous considérons ces problèmes selon une approche monolithique. La population des sans-abri est très hétérogène. De même, les facteurs contribuant à ce qu'un individu se trouve sans abri sont nombreux et peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre: raisons économiques, politiques sociales face aux plus démunis, mauvaise organisation des services, vulnérabilités personnelles, événements stressants, désaffiliation sociale, aliénation, etc. Certains arrivent à l'itinérance avec un passé déjà bien chargé d'incarcération et d'hospitalisation psychiatrique alors que d'autres y arrivent en état de crise suite au vécu de plusieurs stress relativement récents. Chacun évoluera dans cette condition de vie de manière plus ou moins perméable. Pour l'un, la criminalité et/ou la maladie mentale pourraient être des facteurs de risque alors que pour l'autre, elles seraient davantage des conséquences de l'itinérance. Il sera donc utile de procéder à des études longitudinales mais en tenant compte des différents sous-groupes qui constituent cette population et en tenant compte de la signification de chacun des problèmes présentés.

Partie III
LES SOUS-GROUPES

Chapitre 1

LES FEMMES ¹

Céline MERCIER

Longtemps, la question de l'itinérance n'a été abordée qu'en référence aux hommes itinérants. Lorsqu'à la fin des années '60, Bahr et Garrett ont entrepris leurs travaux sur les femmes âgées, seules et sans attache, ils ont d'abord constaté l'absence de toute étude à leur sujet. Bien que la présence de femmes itinérantes ait été signalée dès la fin du dix-neuvième siècle [5, 289], les recherches sur les sans-abri s'intéressent rarement aux femmes au-delà de l'anecdote. Jusqu'aux années '80, l'étude de Garrett [397, 428, 467] reste pratiquement la seule de ce type. Puis, on commence à s'inquiéter du nombre croissant de femmes sans domicile fixe et de l'absence de services à leur intention [440, 540]. Ces préoccupations sont renforcées par l'apparition de nouvelles populations parmi les sans-abri dont les ex-patientes psychiatriques [541, 542], les mères de famille [24], les jeunes et les enfants [543]. De façon significative, c'est à ce moment que sont publiées les premières recensions des écrits sur les femmes itinérantes [544, 545].

La raison invoquée par Bahr [7] pour expliquer l'absence de l'itinérante dans la littérature spécialisée ne manque pas d'intérêt. La femme itinérante n'aurait pas été étudiée parce qu'elle ne se trouvait pas là où les recherches ont été effectuées, c'est-à-dire dans les quartiers où se trouvent les institutions pour les itinérants. Garrett et Bahr [397] pensent aussi qu'elles n'ont pas attiré l'attention publique parce qu'elles sont peu visibles et de ce fait, ne sont pas perçues comme une menace ou une nuisance. Ces auteurs font remarquer que, de 1790 à 1870, les femmes blanches ont représenté une minorité substantielle (de 25 à 30%) des personnes arrêtées pour ivresse publique. En 1920, leur pourcentage n'était plus que de 10%. Jusqu'à récemment, les femmes semblaient, pour le meilleur ou pour le pire, avoir connu certains «facteurs de protection», du fait que: 1) elles sont vues comme davantage acceptables pour les organisations charitables et les services sociaux et, de ce fait, reçoivent plus d'aide; 2) leurs compétences -entretien ménager, garde d'enfants, service sexuel - ne connaissent pas de fluctuations dans la demande; 3) elles sont davantage perçues comme des victimes, alors que les itinérants sont considérés comme des récalcitrants et des simulateurs.

Depuis les années '80, ces facteurs de protection semblent cependant avoir perdu de leur efficacité devant la montée des facteurs de vulnérabilité: éclatement de la famille, violence conjugale, abus sexuel, rétrécissement du marché du logement à coût modique et de l'emploi, resserrement des critères d'accessibilité aux programmes sociaux et appauvrissement des femmes chefs de famille [80, 544]. Les observateurs s'entendent maintenant pour signaler la présence accrue de femmes chez les sans-abri, jusqu'à les considérer comme le groupe dont la croissance est la plus rapide [546]. Dans les refuges de New York, on notait par exemple un accroissement de 18% du nombre d'hommes hébergés de 1983 à 1984. Pendant la même période, l'accroissement était de 28% pour les femmes [547]. Il n'en demeure pas moins que les femmes demeurent sous-

représentées dans la population itinérante, sans que l'on puisse clairement établir dans quelle mesure cette situation est attribuable à des facteurs méthodologiques ou à des cheminements différents dans des situations de pauvreté extrême [548].

1.1 CARACTÉRISTIQUES DIFFÉRENTIELLES DES HOMMES ET DES FEMMES SANS-ABRI

Il est difficile d'établir le ratio hommes-femmes dans la population itinérante pour au moins deux raisons. La première est que le nombre de places dans les refuges est beaucoup plus limité pour les femmes que pour les hommes. La seconde tient au fait que les femmes peuvent vivre longtemps «sans domicile fixe» avant de devenir visibles en tant que sans-abri (voir plus loin, section 1.2.1).

Suivant les études effectuées au Royaume-Uni et rapportées par Herzberg en 1987 [289] et par Marshall et Read en 1992 [549], les femmes représenteraient entre 10 et 20% des personnes sans domicile fixe. Aux États-Unis, Baxter et Hopper [324] évaluent, en 1982, que la proportion de femmes parmi les sans-abri se situe entre 20% et 33%. L'estimation de Bachrach en 1987 [544] suite à sa recension des écrits est de l'ordre de 18% à 20% et les données rapportées par Merves en 1992 [546] font état de statistiques allant de 4% à 37%. Lors du recensement effectué à Baltimore en 1989 [100], le tiers des sans-abri étaient des femmes. De surcroît, dans le groupe d'âge des 20-25 ans, les femmes dominaient. Parmi les sans-abri de Tucson (Arizona, 1988), on enregistre une proportion similaire de femmes (37%) [139]. A Montréal, selon le Réseau d'aide pour personnes seules et itinérantes, les femmes représenteraient de 30% à 40% de la population itinérante [550]. Lors du recensement effectué par Fournier [90], 15% des personnes qui ont fréquenté les refuges de Montréal sur une période d'un an sont des femmes ². De façon générale, plus les études sont récentes, plus élevée est la proportion de femmes. Aux États-Unis, la dernière estimation situe entre 33% et 40% la proportion de femmes et d'enfants sans abri [18].

Toutes les études qui comparent les hommes et les femmes sur le plan socio-démographique font état des mêmes conclusions: les femmes sont plus jeunes, elles ont plus souvent été mariées, elles sont plus nombreuses à déclarer qu'elles ont eu des enfants [90, 100, 113, 289, 397, 428, 429, 467, 547, 549, 551]. Ainsi, si l'on se rapporte aux données de Fournier [90] sur la population itinérante de Montréal, la moyenne d'âge chez les femmes est de 37,5 ans par rapport à 42,8 ans chez les hommes. La moitié des femmes (53,8%) ont des enfants alors que la majorité des hommes (70,3%) n'en ont pas. La situation économique des femmes est plus incertaine et elles ont moins accès au marché du travail: 24% des hommes tiraient des revenus d'un emploi, comparativement à 13% des femmes. Bien qu'il n'y ait pas de différences significatives entre les deux groupes, on note une tendance chez les femmes à avoir été plus souvent mariées et à vivre avec un conjoint. Il semble aussi que les femmes sont moins mobiles que les hommes (elles ont plus souvent des origines locales) et que la perte de leur domicile est, en moyenne, plus récente [80, 113, 231, 544, 552].

1.2 PROBLÈMES PARTICULIERS DES FEMMES ITINÉRANTES

Hommes et femmes sans abri partagent les mêmes problèmes de logement, de maladie physique et mentale, de toxicomanie et d'isolement. Toutes les études reconnaissent cependant que ces problèmes sont vécus différemment chez ces deux groupes. Bassuk [553] confirme que les femmes doivent faire face aux mêmes problèmes sociaux et économiques que les hommes mais d'une façon plus grave à cause de la marginalisation qu'elles vivent et aux responsabilités qu'elles ont en tant que mère. En effet, à travail égal, les femmes gagnent moins d'argent que les hommes, doivent souvent prendre soin de leurs enfants seules, avec tous les problèmes économiques que ceci engendre, et vivent des situations de violence familiale qui les poussent à quitter leur logement.

1.2.1 Le logement

Comme on l'a déjà signalé plus haut, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se retrouver sans aucune forme d'abri. Ainsi, parmi les itinérants d'une urgence psychiatrique étudiés par Bachrach et ses collègues [554], 81% des hommes vivaient dans la rue contre 47% des femmes; par contre, 33% des femmes et 11% des hommes fréquentaient les refuges; respectivement 8% des hommes et 20% des femmes vivaient dans des voitures. Dans l'enquête de Fournier [412], il appert aussi que les femmes dorment moins souvent dans les endroits publics (7,5 nuits au cours de la dernière année comparativement à 28,1 nuits pour les hommes) et qu'elles fréquentent les refuges plus souvent que les hommes. Toutefois, elles utilisent un moins grand nombre de refuges différents que leurs homologues masculins. Il est intéressant d'ajouter que, quand elles ont un toit, les femmes préfèrent habiter en logement plutôt qu'en chambre. En effet, 43,4% des hommes étaient chambreurs comparativement à 19,4% des femmes et, à l'opposé, 73,4% des femmes habitaient en logement par rapport à 50,1% des hommes. Goering et son équipe [368] ont aussi observé que les conditions de logement des hommes itinérants sont pires que celles des femmes.

Selon Ouellette [550], les femmes itinérantes sont donc autant des personnes «sans domicile fixe» que des personnes «sans abri». L'enquête de Corrigan et Anderson [429] révèle que les femmes qui fréquentent les refuges se répartissent en proportion presque égale entre celles qui circulent d'un logement à un autre et celles qui se trouvent à la rue à plus long terme. Toutes connaissent cependant des conditions précaires de logement: seules 29% des femmes avaient résidé plus de deux ans à leur dernière adresse. Cependant, comme l'ont démontré trois enquêtes [113, 231, 555], les femmes réussissent plus longtemps que les hommes à se maintenir en dehors du réseau des ressources pour itinérants. Des études ethnographiques [556, 557] ont d'ailleurs révélé qu'en dépit d'une très grande instabilité résidentielle ou de leur présence en maison d'hébergement, les femmes ne se considèrent pas nécessairement comme itinérantes.

Blumberg et ses collaborateurs [403] ont décrit de façon détaillée différentes situations dans lesquelles certaines femmes se trouvent et qui les mettent à risque de se retrouver sans abri: celles qui vivent avec un homme âgé pauvre à qui elles servent de ménagère, en échange du partage de sa pension de vieillesse; celles qui font office de concierge dans des maisons de chambre délabrées; celles qui ont une chambre en autant qu'elles y reçoivent des clients. Ces femmes ont souvent un style de vie marginal, consomment beaucoup d'alcool, mais maintiennent des liens avec des membres de leur famille et des amis.

Ces types d'arrangement résidentiel peuvent être considérés comme autant d'adaptation à une situation de discrimination des femmes par rapport au logement. Le nombre de places d'hébergement et l'accès aux maisons de chambres sont beaucoup plus limités pour les femmes que pour les hommes. À cette discrimination s'ajoutent l'exploitation, le harcèlement, l'intimidation et la violence [324, 404, 542, 558, 559].

1.2.2 La santé physique

Hommes et femmes sans abri connaissent des problèmes de santé communs: maladies respiratoires, maladies de l'appareil digestif et de la peau, infections, blessures et problèmes dentaires. Les femmes présentent en plus des facteurs de risque et des problèmes particuliers [434]. Elles sont particulièrement vulnérables à l'anémie, aux problèmes vasculaires (varices, insuffisance veineuse), en plus de connaître de nombreux problèmes gynécologiques [198, 560-563]. Les complications de la grossesse sont fréquentes [197]. Les femmes itinérantes se jugent en moins bonne santé que les hommes et rapportent davantage de problèmes de santé chronique. Parmi les personnes sans abri interrogées par Robertson et Cousineau [231], 55% des femmes et 36% des hommes avaient eu une maladie quelconque au cours des deux mois précédant l'entrevue. Au moment de l'enquête, 63% des femmes et 32% des hommes rapportaient une maladie chronique, 55% des femmes et 36% des hommes, une maladie aiguë.

La plupart des observateurs notent aussi que la grande majorité des femmes itinérantes ont été victimes d'agressions physiques dont elles portent des séquelles tant physiques que psychologiques [24, 199, 231, 403, 561, 562, 564-566]. Selon Wright [18], l'incidence d'agression sexuelle est vingt fois plus élevée chez les femmes itinérantes que dans l'ensemble de la population féminine. Goodman [565] rapporte que 89% des femmes itinérantes ont fait l'expérience d'une forme d'abus physique ou sexuel dans leur vie. Selon une étude effectuée à New York, 72% des femmes sans abri ont raconté avoir été victimes d'un ou plusieurs crimes alors qu'elles vivaient dans la rue [567]. Dans l'enquête réalisée à New York par Padgett et Struening [433], 10,3% des femmes avaient subi une agression d'ordre sexuel pendant la dernière année, contre 2,6% des hommes. Dans l'échantillon de North [551], 23,1% des femmes ont été abusées sexuellement lorsqu'elles étaient enfants, alors que seulement 4,4% des hommes ont vécu cette expérience. Une recension des écrits effectuée par Browne [568] rapporte les taux d'abus sexuel et physique, commis tant par des étrangers que par des personnes connues des victimes, chez les femmes itinérantes. L'impact de la victimisation sur la vie des femmes sans abri est examiné de même que l'impact de l'abus à long terme chez les enfants.

L'enquête de Schuckit et Morrissey [569] a aussi révélé que les femmes itinérantes, particulièrement les toxicomanes et celles ayant une personnalité antisociale, avaient connu un nombre particulièrement élevé d'avortements spontanés (27% à 45%) et volontaires (13% à 33%). De 9% à 30% avaient un enfant handicapé, de 15 à 37%, un enfant décédé.

1.2.3 La santé mentale

Pour plusieurs personnes qui ont poursuivi des recherches auprès des femmes itinérantes, il est extrêmement difficile de déterminer «si un comportement qui semble anormal est le symptôme d'une maladie mentale chronique ou s'il est le résultat d'une combinaison de facteurs situationnels, environnementaux, culturels et même adaptatifs, liés à la condition d'itinérance [34]». Le seul fait de ne pas avoir de domicile fixe représente un facteur de risque important pour la santé mentale. L'existence précaire et le manque de sécurité sont la source d'un stress quotidien et engendrent un état d'épuisement émotif et de déséquilibre [324, 570]. Slavinsky et Cousins [540] rapportent des hospitalisations pour problèmes émotifs après trois à six mois d'itinérance. Les comportements étranges sont souvent eux-mêmes reliés aux stratégies de survie et découlent des quantités énormes d'énergie que la personne itinérante doit dépenser afin de se maintenir dans un environnement hostile.

Jusqu'à ces dernières années, les données de prévalence de maladie mentale tendaient à indiquer des différences entre les hommes et les femmes. La plupart des enquêtes rapportaient une prévalence plus élevée chez les femmes, de même que des problèmes plus complexes et plus sévères [18, 90, 109, 541, 547, 571, 572]. Ces différences ne se retrouvent plus dans les enquêtes plus récentes où l'on observe plutôt des antécédents psychiatriques et une psychopathologie comparables [100, 368, 552, 573] ou même moins élevées chez les femmes [566]. En effet, dans une étude de North [551] 47,7% des femmes et 76,7% des hommes avaient un diagnostic psychiatrique. Cependant, la prévalence des troubles de la personnalité (de type «borderline») est plus élevée chez les femmes que chez les hommes alors que les troubles de la personnalité antisociale sont moins fréquents chez les femmes que chez les hommes³ [24, 90, 547]. L'abus et la dépendance à l'alcool sont plus fréquents chez les hommes, alors que les pourcentages d'hommes et de femmes qui font usage de drogues sont semblables selon certaines études [18, 90, 574]. Une autre recherche affirme néanmoins que les femmes ont plus de problèmes reliés à la drogue que les hommes [575].

En relation avec l'expérience fréquente d'événements violents dans la vie des femmes itinérantes, North et Smith [566] ont comparé la prévalence du syndrome de stress posttraumatique chez 300 itinérantes et 600 itinérants de St-Louis. Celle-ci s'établissait à 18% chez les hommes et à

34% chez les femmes, une proportion qui reflétait le fait que 32% des hommes et 53% des femmes avaient vécu un événement traumatisant dans leur vie.

Selon Steff et Roth (1986, cité dans Dennis, 1987) [418], la prévalence plus élevée de maladie mentale chez les femmes, observée par certaines enquêtes, pourrait s'expliquer par une plus grande prise en charge (formelle ou informelle) des femmes que des hommes, si bien que seules les femmes les plus perturbées se retrouveraient à la rue. Dans l'étude réalisée en Ohio par ces chercheurs, les prévalences étaient comparables pour l'ensemble de la population itinérante, mais dans l'échantillon recruté sur la rue, 60% des femmes et 30% des hommes démontraient des signes de problèmes de santé mentale. De même en Angleterre, Otto [559] a observé une différence entre les femmes qui fréquentent les refuges et celles qui sont véritablement à la rue. Les femmes sans logis ont souvent des problèmes de santé physique et mentale plus graves que les pensionnaires des refuges et des pensions. Elles sont particulièrement désavantagées si elles ont séjourné à plusieurs reprises dans un hôpital psychiatrique, si elles sont âgées ou si elles ont mené une vie de vagabondage.

À New York, une étude menée auprès de 100 femmes schizophrènes itinérantes et 100 femmes atteintes de schizophrénie mais qui n'ont jamais été sans abri a permis d'explorer les différences entre ces deux groupes [576]. Les femmes sans abri ont des taux plus élevés d'abus d'alcool ou de drogue, sont plus sujettes à avoir un trouble de personnalité antisociale et ont moins de soutien familial adéquat que celles qui ont un logement stable.

Les données de Schuckit et Morrissey [569] à propos de 293 femmes admises dans un centre de désintoxication de Seattle démontrent que celles-ci ont des caractéristiques spécifiques selon que leur diagnostic en soit un d'alcoolisme (53%), de psychose affective (14%), de personnalité antisociale (14%), d'abus de drogues (6%), ou qu'elles n'aient reçu aucun diagnostic (13%).

Les femmes consommatrices de drogues et celles souffrant du trouble de personnalité antisociale sont les plus marginales: elles sont jeunes, célibataires, originaires de milieux défavorisés. Leur situation socio-économique se détériore rapidement. Les femmes souffrant du trouble de personnalité antisociale, suivies des toxicomanes, ont l'histoire la plus chargée pour ce qui est des problèmes scolaires, familiaux, légaux, l'usage des drogues et le recours régulier ou ponctuel à la prostitution. Les sujets des deux groupes ont les antécédents les plus lourds pour ce qui est de l'alcoolisme, des problèmes psychiatriques et des familles désorganisées.

Les femmes présentant des troubles affectifs ont tendance à être plus isolées et à se tenir dans des zones autres que le *skid row*. Leur origine socio-économique est plus élevée. Elles consomment principalement des stimulants et des tranquillisants. Ces femmes se rapprochent assez des alcooliques, mais elles s'en distinguent par un plus grand nombre de tentatives de suicide, de consultations antérieures en psychiatrie et des antécédents familiaux psychiatriques.

Les femmes alcooliques sont plutôt dans la quarantaine, séparées ou divorcées et ont des antécédents socio-économiques peu élevés. Plus du tiers de ces femmes vivent seules, plusieurs dans le *skid row*. Elles font rarement usage de drogues.

Le groupe n'ayant reçu aucun diagnostic ressemble au groupe des alcooliques, bien qu'on y trouve plus de célibataires, plus de travailleuses et moins de personnes vivant seules. C'est le groupe chez lequel les pourcentages de problèmes sont les plus faibles.

Une recension des écrits effectuée par Buckner et ses collaborateurs [577] rapporte les taux de plusieurs maladies mentales selon différentes études. La relation entre l'itinérance et la santé mentale est explorée, alors qu'on fait une comparaison entre les femmes célibataires et celles qui ont des enfants.

1.2.4 La désaffiliation et l'isolement

Les femmes itinérantes semblent moins désaffiliées que leurs confrères, mais davantage isolées [100, 368, 573]. Parmi les femmes rencontrées par Garrett et Bahr [467], 61% n'ont pas de connaissances dans le *Bowery* (contrairement à 21% des hommes) et 20% n'ont parlé à personne la veille de l'entretien (contrairement à 8% des hommes). Corrigan et Anderson [429] observent aussi qu'au moment de l'enquête, la plupart des femmes se sentaient complètement isolées: dix-neuf d'entre elles (sur un total de 31) n'avaient personne à qui se confier et treize ne pouvaient donner le nom d'une personne à qui se référer en cas d'urgence. Dans une étude effectuée auprès de 102 sans-abri, les femmes rapportent avoir moins de soutien provenant de leurs familles, de leurs amis et des agences sociales que les hommes [578]. Un modèle de désaffiliation décrit par Jackson-Wilson et Borgers [579] permet de discriminer entre les femmes itinérantes et non itinérantes.

Les femmes gardent cependant davantage de contacts avec des membres de leur famille ou des amis que les hommes [549]. Dans l'enquête de Fournier [412], les femmes ont un réseau social plus étendu et plus impliquant que celui des hommes. Dans le groupe étudié par Herzberg [289], 64% des femmes avaient eu au moins un contact avec leur famille durant la dernière année. Ce n'était le cas que de 30% des hommes. Avant leur venue au refuge, la moitié des itinérantes de New York étudiées par Corrigan et Anderson [429] vivaient avec quelqu'un d'autre, soit un membre de leur famille (8,3%) ou un ami (7,2%). Vingt femmes (64%) avaient vu des ami(e)s dans les derniers trois mois et la majorité (23,7%) avaient gardé des contacts avec des membres de leur famille. Les données des enquêtes ethnographiques rapportées par Koegel [34] confirment aussi que plusieurs femmes itinérantes conservent des liens avec un ou des membres de leur famille. Dans les refuges, elles reçoivent des visiteurs qui leur apportent nourriture et soutien. A Toronto, Goering et ses collaborateurs [368] ont aussi observé que les femmes ont de meilleures habiletés interpersonnelles, un réseau social plus étendu et davantage de relations de soutien. Enfin, davantage de femmes que d'hommes partagent leur vie avec un partenaire itinérant [580].

En fait, suivant Herzberg [289], la situation sociale des itinérantes est paradoxale. Elles ont connu un meilleur ancrage social (mariage, enfants, relations avec des parents et des amis), mais au moment où elles arrivent dans les services, leur situation sociale est plus détériorée que celle des hommes (isolement, refus de contacts et de traitement). De leurs relations brisées avec un conjoint, leurs enfants, leur famille, elles gardent une profonde culpabilité qui peut engendrer un sentiment de dévalorisation, se traduire en agressivité ou en retrait social [550, 581, 582]. Suivant Strasser [563], l'existence solitaire des itinérantes est aussi liée à leurs stratégies de survie, puisque seules elles passent plus facilement inaperçues et évitent ainsi l'éviction des endroits publics. Pour Schein [583] et pour Lalonde [556], cette position de retrait permet de se protéger, de mieux préserver une identité personnelle fragile. Là encore, des antécédents chargés dans le domaine interpersonnel peuvent avoir des liens avec l'isolement social actuel:

Au cours de leurs expériences maritales difficiles et de leurs relations sociales subséquentes malheureuses, les femmes semblent avoir développé des attitudes asociales qui leur servent à se protéger de tout engagement personnel.

«Garrett et Bahr [467]: 38»
(traduction de l'auteure)

De plus, les possibilités de développer des relations dans le milieu de l'itinérance sont beaucoup plus limitées pour les femmes que pour les hommes. La plupart des lieux de socialisation (refuges, maisons de chambres, parcs) sont dominés par les hommes et considérés à juste titre comme dangereux [34, 584]. Par ailleurs Cabana-Renaud [585] a pu observer une certaine entraide, malgré la présence de rivalités, entre les femmes fréquentant les centres qu'elle a étudiés. Elle a aussi remarqué l'existence de regroupement par âge ou par classe sociale et le fait que des

femmes quitteront un centre si elles ne s'y sentent pas à leur place. Stoner [80] a aussi souligné que les femmes itinérantes maintiennent un attachement à leurs valeurs sociales et aspirent à des relations conventionnelles. Strasser [563] a mis en lumière leur ingéniosité pour maintenir leur hygiène personnelle et des routines quotidiennes ainsi que pour répondre à tous leurs besoins [586]. Toutes ces indications d'un ancrage social moins détérioré chez les femmes itinérantes amènent Merves [546] à conclure que la théorie de la désaffiliation sociale est moins pertinente pour expliquer l'itinérance chez les femmes. Suite à une série d'entretiens avec onze femmes itinérantes, Butler [586] a aussi relevé leur intérêt pour les questions politiques. Cet aspect est un autre indice d'un ancrage social moins détérioré.

1.3 UNE ÉTIOLOGIE DIFFÉRENTE?

Suivant la plupart des études, le processus qui mène à l'itinérance est qualitativement différent chez les hommes et les femmes. Les mêmes facteurs structuraux (pauvreté, pénurie de logements, politiques sociales, chômage) jouent, mais on observe des antécédents personnels et des événements critiques spécifiques aux femmes. Pour Garrett et Bahr [467], la différence dans le processus de désaffiliation sociale débute dès l'enfance. Les antécédents familiaux sont en effet plus lourds chez les femmes que chez les hommes puisque 54% d'entre elles viennent d'un foyer brisé (contrairement à 35% des hommes). La mort de l'un des parents est la raison principale de la dislocation de la famille chez les hommes (68%), alors que chez les femmes, la cause la plus fréquente est la désertion (40% contre 17% chez les hommes). Par la suite, les échecs répétés avec le père, le conjoint ou l'amant à la suite de mortalité, de séparation ou d'abandon ont présidé à la marginalisation des femmes, alors que les échecs professionnels ont joué ce rôle chez les hommes. Ces échecs dans les relations avec les hommes ont pu avoir d'autant plus d'impact que les rôles de fille, de conjointe et de mère sont fortement valorisés socialement. Coulombe [582] reconnaît le même processus chez la femme qui «devient itinérante à la suite d'échecs répétés, de déceptions graves, de chocs émotionnels et de rejets (p. 4)». Merves [546], Breton et Bunston [587] ont relevé une histoire d'abus physiques et sexuels particulièrement chargée chez les femmes itinérantes. La majorité d'entre elles (75%) avaient été victimes de violence physique (52,7%) et sexuelle (35,7%), de façon répétée, dans leur maison, par des proches et avant de devenir itinérantes. Un moins grand nombre de femmes avaient subi des agressions physiques (31,2%) et sexuels (10,7%) après qu'elles aient quitté leur domicile, mais là encore, ces agressions avaient été le plus souvent le fait de personnes proches.

Les données de Corrigan et Anderson [429] ne supportent qu'en partie ces conclusions. Suivant ces chercheuses, deux correctifs devraient y être apportés. D'abord si certaines femmes ont toujours vécu dans l'instabilité et connu des conditions d'existence précaires, pour d'autres, l'itinérance découle d'une situation de crise et s'inscrit à la suite d'une vie stable. Ensuite, lorsqu'il y a eu crise, l'événement critique n'est pas nécessairement relié à une rupture avec un partenaire privilégié. Le décès d'un parent, l'expulsion d'un logement, le manque d'argent, un accident, la perte d'un emploi peuvent aussi conduire à la rue.

Les mères de famille sans abri étudiées par l'équipe de Bassuk [588] semblent avoir connu une histoire familiale difficile aussi bien que des situations de crise. Le tiers de ces femmes n'ont pas connu leur père et les deux tiers ont vécu dans des familles perturbées. Elles décrivent leur dernier partenaire stable comme quelqu'un qui a des problèmes d'emploi, de drogue et d'alcool et des tendances à la violence (29 femmes sur 80 ont déjà été battues). Une période d'instabilité résidentielle a présidé à l'itinérance: ces familles ont déménagé en moyenne 6,6 fois au cours des cinq dernières années et 3,6 fois l'année précédente. Durant ces cinq dernières années, 85% ont partagé un logement avec une autre famille et 50% ont eu recours à des centres d'hébergement de dépannage. Si ces familles se retrouvent aujourd'hui à la rue, c'est dans 57% des cas pour des raisons reliées au logement: éviction, non-paiement de loyer, transformation en condominium et surtout, surpeuplement (40%). Dans un autre tiers des cas, des circonstances extérieures ont coupé

l'accès au logement: rupture avec un partenaire, fuite à la suite de violence, mort ou maladie d'un proche parent (mère principalement), difficultés avec les colocataires.

Dans l'étude menée par Mitchell [589], c'est 85% des familles qui avaient dû quitter un logement à la suite d'une dispute avec un conjoint ou un parent. Stoner [80] rapporte les résultats d'une étude menée à New York où plus du quart des femmes hébergées disent s'être retrouvées au refuge après avoir été évincées de leur logement ou mises à la porte. Suivant les données de Hagen [552], 15,2% des femmes de son échantillon se sont retrouvées à la rue à la suite d'une éviction et 11,1% pour échapper à la violence conjugale. Pour les hommes, les pourcentages sont respectivement de 4,5% et 0,9%. Enfin, pour les 38 femmes interviewées par l'équipe de Goering [590], les raisons principales de leur départ de la maison étaient un conflit interpersonnel (n = 20), une éviction (n = 16) et la perte de leur revenu (n = 10). Pour l'Angleterre, Drake et al., [591] rapportent aussi que la majorité des 122 femmes sans abri de leur échantillon sont devenues itinérantes pour des raisons sociales. Dans l'échantillon de Marshall et Reed [549], où 60% des femmes avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, la perte définitive d'un logement était consécutive au dernier congé d'une longue série d'hospitalisations en psychiatrie. Les auteurs proposent que pour ces femmes, l'entrée dans l'itinérance est associée aux effets de l'aggravation ou de la chronicisation de la maladie psychiatrique et à la baisse du niveau général de fonctionnement. Ces éléments compromettraient, selon eux, leur habileté à composer avec les autres problèmes de leur vie comme le paiement de loyer, l'éviction, une rupture avec le conjoint. L'étude de North [551] rapporte que la principale raison pour laquelle les hommes sont devenus sans abri est le chômage (23,5%) alors que pour les femmes, c'est un conflit familial (6,0%).

Selon Corrigan et Anderson [429], c'est surtout le manque de ressources affectives, sociales et vocationnelles (faible scolarité, absence d'habiletés professionnelles) qui caractérise l'ensemble des femmes itinérantes. En situation de crise, elles tentent d'abord de survivre par elles-mêmes, sont ensuite référées de service en service pour finalement se retrouver dans un refuge. Selon l'équipe de Blumberg [403], l'absence de pouvoir et l'incapacité de s'en sortir caractérisent les sans-abri, quel que soit leur sexe et leur race. Cette impuissance se traduit par l'absence totale de choix du lieu de résidence, de l'occupation et des compagnons. La rue et l'errance sont alors les seules solutions disponibles.

Il semble donc que l'itinérance résulte à la fois de circonstances immédiates, mais aussi «d'une grande difficulté à s'établir en tant qu'adulte autonome»:

On ne peut douter que des facteurs économiques, des problèmes de subsistance quotidienne, la dissolution de la famille, la vulnérabilité psychologique et la faiblesse de l'estime de soi contribuent au cycle de la pauvreté, de la rupture, du stress et de la violence. Lorsque l'accessibilité au logement diminue, les membres de la société les plus vulnérables du point de vue émotif et les plus marginaux sont les premiers à tomber du «filet de sécurité».

«Bassuk et al. [24]: 1100»
(traduction de l'auteure)

Dans le même sens, Farge [570] propose que si les causes de l'itinérance peuvent apparaître à un premier niveau d'ordre personnel (problèmes de santé mentale, de toxicomanie, absence de formation professionnelle), elles peuvent également être vues comme les conséquences de facteurs complexes sur lesquels les femmes n'ont aucun contrôle.

Pour les participants à un atelier qui porte sur les perspectives ethnographiques et l'itinérance chez les femmes [34], la perte de domicile s'inscrit dans un contexte de pauvreté et de privation qui les rend particulièrement vulnérables face à des événements précipitants, dont certains, comme le fait d'être victime de violence et d'abus, sont spécifiques aux femmes et aux enfants. Cependant,

l'itinérance n'est généralement pas la conséquence d'un événement unique, mais plutôt de l'accumulation d'événements défavorables que la personne est de moins en moins à même de maîtriser et qui l'entraînent dans une spirale descendante jusqu'à la perte de domicile. Les recherches ethnographiques ont également mis en évidence le fait que pour certaines femmes, l'itinérance peut représenter l'expression d'une volonté de reprendre le contrôle sur leur vie, par exemple en quittant un conjoint abusif ou en désertant un service public ou privé jugé trop contraignant [592]. Enfin, d'autres femmes utilisent les services aux itinérants de façon cyclique, en complémentarité avec leurs ressources personnelles et leur réseau de soutien naturel. Dans ce contexte, devenir momentanément itinérante peut faire partie d'une stratégie pour obtenir de l'aide [34]. Cabana-Renaud [585] a démontré que certaines actions des femmes sans abri, souvent interprétées comme des preuves de leur instabilité, de leur ambivalence face aux services ou de leur incapacité à travailler, peuvent être interprétées différemment, dans la mesure où «certaines contingences sociales amènent la femme à réagir à celles-ci de la façon qu'elle juge la plus adéquate ou la plus accessible dans l'immédiat et ceci afin de pouvoir survivre (p. 122)».

Enfin, il importe de conserver à l'esprit que les différents problèmes concomitants à la situation actuelle n'entretiennent pas nécessairement un lien de causalité avec le fait d'être sans abri :

On semble avoir confondu deux choses: les problèmes que les femmes avaient indépendamment de leur situation de sans abri et le fait d'être sans abri. Même s'il est impossible de tout départager sans bavures, des nuances s'imposent: problèmes existant indépendamment de la situation de sans abri; problèmes qui déclenchent la situation de sans abri; situation de sans abri qui exacerbe les problèmes existants ou qui en crée de nouveaux.

«Racine [557]: 61»

1.4 LES SERVICES AUX FEMMES ITINÉRANTES

1.4.1 Les rapports aux services

Il apparaît évident, pour nombre d'observateurs, que le sort réservé aux personnes qui fréquentent la rue diffère selon qu'elles sont des hommes ou des femmes. Ainsi, les femmes risquent davantage d'être arrêtées pour prostitution, là où les hommes seront dirigés vers des services de désintoxication. Par contre, Herzberg [289] fait l'hypothèse que, devant des comportements perturbés ou inquiétants, les policiers auront tendance à conduire une femme à l'hôpital (en psychiatrie), alors qu'un homme sera amené au poste de police. On constate aussi dans la même étude que les rapports aux services psychiatriques sont différents selon le sexe. Les femmes sont référées plus souvent par la police (45%) que les hommes (13%) et elles sont plus nombreuses à être admises par l'urgence, plutôt que par les canaux de référence habituels. Plus de la moitié d'entre elles (54%) sont jugées peu coopératives dans le traitement (contrairement à 32% des hommes) et 46% quittent l'hôpital sans avis médical (contrairement à 21% des hommes). Pour d'autres chercheurs [34, 368, 372], si les femmes opposent plus de résistance que les hommes à leur inscription dans les services et qu'elles sont plus difficiles à convaincre, leur engagement dans l'intervention sera plus grand une fois qu'une relation de confiance aura été établie. D'un autre côté, les femmes itinérantes admettent elles-mêmes avoir des rapports difficiles avec les dispensateurs de services. Pour les femmes étudiées par Strasser [563], les médecins, les infirmières, les dentistes, mais aussi les travailleurs sociaux, les policiers et les agents de sécurité ne forment qu'un seul groupe auquel sont associées la crainte, la haine et la méfiance. Les personnes reconnues comme pouvant apporter un certain secours sont des vendeuses et des serveuses, du personnel de l'Assistance aux voyageurs, certains commerçants. Dans leur enquête ethnographique sur les réseaux sociaux des femmes itinérantes de Los Angeles, Rowe et Wolch [580] ont observé que les intervenants sociaux constituent souvent les seules personnes domiciliées avec lesquelles les itinérantes ont des liens. Les relations avec ces intervenants permettent de structurer le temps et

l'espace. Elles peuvent être à la source d'expériences positives aussi bien que l'occasion d'une dévalorisation.

Schein [583] a attiré l'attention sur le fait que le travail auprès des femmes itinérantes est particulièrement exigeant pour le personnel. Ces femmes maîtrisent peu les règles de la communication interpersonnelle. Elles tolèrent difficilement l'anxiété, elles peuvent se réfugier dans la passivité et leurs comportements oscillent entre la demande d'attention et le retrait. Autant de conditions qui rendent le personnel plus vulnérable et l'exposent à des réactions de défense ou de rejet.

Berman-Rossi et Cohen [385] remarquent par ailleurs que les femmes et les professionnelles peuvent avoir des convictions opposées. Les professionnelles défendent le droit de recevoir des services, les femmes itinérantes, celui de les refuser. Les professionnelles pensent qu'elles connaissent les besoins de leurs clientes, celles-ci considèrent qu'elles sont les seules juges en la matière. Enfin, les professionnelles croient à l'entraide, au soutien mutuel alors que les itinérantes valorisent l'indépendance et considèrent l'interdépendance comme une faiblesse. On a aussi observé que les responsables de programmes se sont surtout préoccupés des services à dispenser, alors que les clientes fréquentent un programme pour ses bénéfices non tangibles: soutien, sentiment d'appartenance, chaleur humaine [34, 397, 593].

1.4.2 Les besoins en services

L'une des différences les plus saisissantes entre les hommes et les femmes sans abri pourrait être celle de l'inégalité dans l'accès aux services. En effet, les ressources sont beaucoup plus limitées pour les femmes que pour les hommes [324, 558, 570]. Même si la situation tend à s'améliorer, les femmes trouvent encore difficilement réponse à leurs besoins de services. Cette affirmation est appuyée par une étude effectuée auprès de 102 sans-abri, qui révèlent que les hommes perçoivent un plus grand niveau de soutien des agences sociales que les femmes [578]. Koegel [34] attribue cette situation (ressources limitées pour les femmes) à plusieurs raisons: 1) les femmes ne peuvent trouver aisément le service qui les intéresse dans des limites géographiques et financières qui leur sont accessibles; 2) elles trouvent les services inadéquats, inappropriés ou déshumanisants; 3) pour obtenir les services désirés, elles doivent concéder autre chose, admettre une maladie mentale ou accepter une médication, par exemple. Ces barrières à l'accessibilité aux services sont aussi reprises par Burroughs et al. [594] qui font un exposé détaillé des façons les plus appropriées de prendre en compte les problèmes de santé particuliers aux femmes: sexualité, grossesse, maladies transmises sexuellement, violence et maladie mentale. L'équipe de Comfort, [595] propose quant à elle une approche familiale d'intervention pour les jeunes itinérantes toxicomanes et leurs enfants d'âge pré-scolaire.

Les données recueillies auprès des femmes itinérantes par l'équipe de Goering [590] aussi bien que les recherches de type ethnographique [34] attirent l'attention sur le fait que les besoins de services des itinérantes et des itinérants peuvent prendre des formes différentes. Les principes du respect de la dignité et de la volonté d'indépendance, de la priorité à accorder aux besoins exprimés et d'une approche progressive valent pour les deux groupes. Chez les femmes, certains besoins spécifiques ont cependant été identifiés: le besoin d'intimité, un plus grand souci de garder l'anonymat, le besoin d'un endroit où déposer des biens, l'assistance et le soutien en cas de viol et d'agression, l'accès à des commodités pour les soins personnels et l'entretien des vêtements. De l'enquête effectuée par l'équipe de Goering, il ressort clairement que les femmes souhaitent un logement autonome plutôt qu'un programme résidentiel, bien qu'elles reconnaissent avoir besoin d'aide pour ce qui est de la gestion de l'argent, le transport et l'ameublement. Carlson [584] attire aussi l'attention sur la nécessité de réformes législatives dans le domaine du logement et du droit civil pour mieux protéger les femmes dans le cas de rupture et de fuite du domicile conjugal, à la suite de violence et d'abus.

Une étude effectuée auprès de 178 hommes et femmes sans abri a permis de démontrer que les femmes expriment des besoins en services très différents de ceux des hommes [596]. Par contre, ces écarts ne sont pas le reflet d'une différence entre les sexes. Ils sont plutôt dus au fait que les femmes sont plus souvent accompagnées par des enfants. Si on ne tient pas compte de cette sous-population, les résultats révèlent que les besoins en services des hommes et des femmes sans enfant se ressemblent beaucoup. La seule différence est que les femmes sont plus sujettes à faire une demande de coordination de services et que les hommes expriment un plus grand besoin de services de désintoxication (alcool et drogues). L'étude de Herman et de ses collaborateurs [597] a permis d'identifier les besoins en services de 1260 hommes et femmes, en excluant les familles (un homme ou une femme avec un enfant). Les services reliés aux besoins physiologiques (logement, revenu, emploi) sont les plus fréquemment rapportés par les hommes et les femmes. Les femmes signalent un plus grand besoin d'assistance pour des problèmes médicaux et de santé, ainsi que pour apprendre à se protéger, alors que les hommes reconnaissent avoir besoin d'aide pour leurs problèmes d'abus d'alcool et de drogues, pour apprendre à faire un budget, pour obtenir une pension d'anciens combattants, pour des problèmes avec la police, pour apprendre comment mieux s'entendre avec les autres et pour se trouver un endroit où vivre.

1.4.3 Les services spécialisés pour femmes itinérantes

Quelques articles rapportent l'expérience de services spécialement conçus à l'intention des femmes itinérantes: centres d'hébergement [80, 544, 583, 598], groupes d'entraide [599] et centres de jour [80, 540, 542, 600]. Une étude de Grella [601] compare les types d'utilisation de services dans un refuge et un centre de jour pour les femmes sans abri atteintes d'une maladie mentale. Mercier et Racine [602] décrivent le contenu, la fréquence, la durée et le lieu des contacts entre les clients, les membres de la famille et les intervenants d'un programme de suivi communautaire pour les femmes sans abri. L'un des exposés les plus complets d'une philosophie d'intervention et d'une programmation est celui d'un centre de jour de Toronto [542]. Berman-Rossi et Cohen [385] rapportent aussi l'expérience d'un travail de groupe sur une période de cinq ans dans un service résidentiel de New York, tandis que Milburn et d'Ercole [320] décrivent un modèle compréhensif d'intervention.

Dans ces services, on insiste sur le caractère non institutionnel de l'approche et sur la nécessité de respecter les clientes, en même temps que de restaurer leur dignité [80, 324, 540, 583, 600]. L'essentiel est d'offrir l'occasion d'un répit de la rue et les efforts de réadaptation apparaissent prématurés, tant qu'on n'a pas satisfait aux besoins de base d'hébergement, de nourriture, de vêtements, de sécurité et de compagnie [34]. L'accès aux services sociaux et de santé apparaît aussi crucial. Quant à la réadaptation, son objectif est de redonner aux femmes du pouvoir sur leur vie et leur environnement à partir du développement des habiletés de la vie quotidienne, sociales et vocationnelles.

Un certain nombre d'enquêtes tendent à démontrer que les refuges d'hommes et de femmes présentent des traits distinctifs. Dans les refuges pour femmes, il semble que l'on applique aux États-Unis une réglementation beaucoup plus stricte concernant l'inspection des biens, l'hygiène, l'examen physique et les critères d'exclusion [34, 80, 324, 544]. Au Canada et au Québec, on a observé que les femmes circulent moins d'un refuge à l'autre [90] et développent des liens plus personnalisés avec le personnel des ressources [557, 570, 603]. À Montréal et à Toronto, la qualité des services apparaît supérieure dans les centres pour femmes que dans ceux destinés aux hommes et les femmes sont plus satisfaites que les hommes des services reçus [90, 368]. Une philosophie d'intervention différente et le développement plus tardif des services pour les femmes pourraient expliquer cette différence:

À cause de leur histoire distincte, les services d'hébergement pour femmes offrent plus souvent des services de soutien et fonctionnent comme des services de transition en période de crise. Les hôtels pour hommes ont été

développés par des groupes religieux à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} afin de loger les travailleurs saisonniers en période de chômage (...). Ces refuges offraient très peu de services, puisqu'ils étaient utilisés sur une base temporaire, en attendant le retour du travail (...). C'est par charité qu'on offrait ces services. D'un autre côté, les hôtels pour femmes ont été développés à la fin des années '60 comme résidences de transition, le plus souvent à l'intention de femmes et d'enfants qui fuyaient des situations d'abus. Ces femmes avaient besoin d'un climat réconfortant, supportant, familial pour mettre de l'ordre dans leur vie. On considérait qu'elles avaient droit à ce service.

«Single Displaced Persons Project, 1983,
cité dans Racine [557]: 58»

L'expérience d'une communauté thérapeutique pour itinérantes établie en 1971 [598] démontre que la gestion de ce type de ressources ne va pas sans difficultés. La violence, la consommation de drogues, la fuite devant les responsabilités imposent l'établissement de certaines règles. Par ailleurs, avec le temps, la ressource devient le centre d'un réseau d'échanges et un lieu de référence pour les ex-résidentes. Harris et Bachrach [372], de même que Racine [557] ont aussi démontré comment une ressource d'hébergement pour femmes remplit aussi des fonctions thérapeutiques et de réadaptation et comment les membres de la ressource constituent progressivement l'embryon d'un réseau de soutien pour les clientes. Un tel point d'ancrage peut être particulièrement significatif pour les clientes «sans racine et sans repos [372]» qui ne cessent d'alterner entre la rue et les ressources.

1.5 CONCLUSION

Suite à l'enquête épidémiologique qu'ils ont effectuée en Ohio auprès de 979 sans-abri (19% de femmes), Roth et al. [604] ont dressé un portrait des femmes itinérantes qui pourrait représenter de façon assez fidèle la majorité d'entre elles. Le profil qui émerge de leur analyse est celui de personnes jeunes, dépendantes, incapables de diriger leur vie. Bien que des facteurs économiques prédominent dans le fait qu'elles se retrouvent sans abri, les femmes ont un risque deux fois plus grand que les hommes de se retrouver dans cette situation à la suite d'un conflit familial. Elles sont peu préparées à gagner leur vie, les deux-tiers d'entre elles n'ayant pas complété leur cours secondaire et le cinquième n'ayant jamais eu d'emploi. Elles ont plus de problèmes de santé physique que les hommes, mais moins de problèmes de comportement et de consommation d'alcool. Elles sont plus en mesure d'obtenir le soutien minimal pour rester à l'extérieur du système des refuges, mais ce soutien (amis et assistance sociale) reste insuffisant pour leur assurer une vie autonome.

Devant la détérioration rapide des conditions actuelles de l'itinérance chez les femmes, on ne peut qu'être tenté d'invoquer l'urgence. L'itinérance touche des femmes de plus en plus jeunes. Le resserrement de l'emploi, la crise du logement à prix modique, les compressions de l'aide sociale rendent difficiles une première installation dans un logement personnel. Les jeunes en famille d'accueil, en centre d'accueil et en rupture de ban avec leur famille apparaissent à ce titre particulièrement vulnérables à l'instabilité résidentielle. Dans ces conditions, l'alternative offerte par le secteur de la prostitution et du spectacle risque d'être retenue par un nombre grandissant de jeunes femmes, avec un accroissement consécutif de la criminalité féminine. Par ailleurs, la vie sur la rue semble devenir de plus en plus difficile. L'alcool, les drogues dures et la violence représentent autant de moyens pour composer avec l'hostilité du milieu. Ils aggravent également les conséquences de l'itinérance sur la santé physique et mentale.

La violence familiale, l'abus physique et sexuel poussent un nombre important de femmes et de jeunes à quitter leur domicile. Le réseau d'hébergement pour femmes victimes de violence

représente une ressource cruciale pour ces femmes. En l'absence de politiques vigoureuses de développement de logement à prix modique, la situation des femmes victimes de violence risque d'évoluer vers l'itinérance chronique. Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'embourgeoisement (*gentrification*) des logements des quartiers anciens risquent de jeter à la rue un nombre croissant de femmes vieillissantes, sans ressources.

Ce constat alarmiste vient en fait souligner l'importance stratégique des efforts visant à apporter une réponse plus adéquate aux problèmes de l'itinérance. Les connaissances développées ces dernières années quant aux groupes à risques et aux facteurs précipitants permettent désormais une planification en termes de prévention. Cela représente certes la stratégie la plus appropriée, quand on connaît les difficultés de la réadaptation sociale pour ceux et celles qui en sont venu(e)s à développer un style de vie (ou de survie) profondément marginal [81].

NOTES

1. Certaines parties de ce chapitre sont reprises de la recension des écrits sur «L'itinérance chez la femme», publiée par Mercier en 1988 dans la Revue québécoise de psychologie [545]
2. L'auteure explique que cette différence est probablement attribuable à la méthode d'échantillonnage utilisée. Comme les durées de séjour chez les femmes sont plus longues que dans les centres pour hommes, moins de femmes ont été recensées à partir des listes de présence.
3. A remarquer que les mêmes tendances sont observées dans la population générale.

Chapitre 2

LES FAMILLES

Louise FOURNIER, Julie GAUDREAU et Isabelle LAURIN

Le changement le plus saisissant à être survenu au cours des dernières années parmi la population des sans-abri est sans aucun doute la proportion sans cesse grandissante des familles itinérantes aux Etats-Unis. Ces familles sont aujourd'hui considérées comme étant le nouveau visage de la pauvreté [605].

Le phénomène des familles sans abri au Québec ne semble pas une préoccupation. Non seulement n'y a-t-il aucune publication à ce sujet, mais nous ne connaissons pas de ressources qui s'adressent spécifiquement à cette population, comme c'est le cas aux Etats-Unis. Peut-être est-ce un phénomène camouflé? Peut-être ces femmes itinérantes avec enfants se retrouvent-elles dans les centres pour femmes battues? Il se peut aussi que ce problème n'existe à peu près pas au Québec à cause des lois sur la protection de la jeunesse. Bien d'autres raisons pourraient aussi être invoquées mais ce n'est pas là le but de ce chapitre. Aussi, nous contenterons-nous de décrire ce phénomène tel qu'il apparaît dans la littérature américaine. Si ce n'est pas un problème important aujourd'hui au Québec, il n'est pas dit que nous soyons à l'abri de celui-ci dans le futur.

Les familles itinérantes représentent actuellement le sous-groupe qui augmente le plus rapidement parmi les sans-abri [102, 251, 606-608]. À ce niveau, elles ont dorénavant pris la place des toxicomanes [609]. En effet, entre 1983 et 1984, on aurait noté une augmentation de 51% du nombre de familles itinérantes à New York [610]. De même, les enfants de ces familles constituent le plus grand sous-groupe de toute la population itinérante [607]. Selon plusieurs, les familles sans abri constitueraient 30 à 40% de la population totale des sans-abri [611-613]. C'est donc un problème plus qu'alarmant face auquel des solutions rapides et efficaces doivent être développées.

Les familles qui se trouvent dans cette situation sont en majorité dirigées par un seul parent [102, 608, 612, 614, 615]. Selon le *United States Department of Housing and Urban Development* [614], cette proportion est de 75%. Dans l'étude de Wood et al. [102], elle est de 53% chez les familles itinérantes comparativement à 38% chez les familles domiciliées pauvres. De plus, ce sont presque exclusivement des femmes que l'on retrouve à la tête de ces familles [608, 612, 616]. Dans l'enquête de Bassuk et al. [24], par exemple, près de 90% des familles interrogées étaient dirigées par des femmes seules. Dans les autres familles, le père et la mère étaient tous deux présents. D'autres études font état de proportions semblables [616-618].

Les mères qui vivent seules avec leurs enfants n'ont habituellement pas de relation significative avec le père. Bassuk et Rosenberg [619] rapportent que seulement 11% des pères de ces familles avaient encore une responsabilité financière quelconque envers leurs enfants.

Les familles sans abri dirigées par des hommes seuls existent aussi mais il n'y a pratiquement aucune donnée à leur sujet. Mentionnons seulement que ceux-ci peuvent faire face à divers problèmes dont celui, entre autres, de se voir refuser l'accès aux refuges pour familles qui sont souvent réservés uniquement aux mères et à leurs enfants [607, 613]. Compte tenu du fait que la majorité des études se déroulent dans les refuges, cela pourrait expliquer l'absence de données sur les pères itinérants.

La littérature qui a trait aux familles itinérantes est très récente. Ce n'est qu'à partir du début des années '80 qu'a débuté l'étude de cette population [613]. Actuellement, nos connaissances se limitent essentiellement aux familles qui fréquentent les refuges et ce sont principalement les mères et leurs enfants qui y ont été étudiés. Certaines études ont tenté de cerner les raisons qui expliquent l'arrivée des familles parmi les sans-abri. D'autres ont plutôt eu pour objectifs de mieux connaître ces familles et d'identifier les problèmes auxquels chacun de ses membres était confronté. Enfin, certains programmes et services ayant été créés à leur intention, ont été évalués.

2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les mères sont très jeunes. En effet, la moyenne d'âge est d'environ 27 à 29 ans dans la plupart des études [24, 102, 239, 610, 617, 620-622]. Dans l'échantillon de Chavkin et al. [623], qui a porté sur les femmes sans abri nouvellement mères, 50% avaient moins de 25 ans. Selon les travaux de Winkleby et Boyce [615], les mères itinérantes sont plus jeunes que les femmes itinérantes sans enfant. Par rapport aux familles domiciliées pauvres, les résultats des études divergent: deux d'entre elles montrent que l'âge des mères est similaire dans les deux groupes [102, 621] alors que dans une autre, les mères itinérantes sont plus jeunes que les mères domiciliées pauvres [620].

Selon l'étude de Bassuk et al. [24], l'âge médian des mères à la naissance de leur premier enfant est de 19 ans. Winkleby et Boyce [615] arrivent à des résultats semblables: 49% des mères ont eu leur premier enfant entre l'âge de 16 et 19 ans.

Beaucoup de mères itinérantes sont célibataires. Ces proportions varient de 30% à 83% selon les régions ou le type de refuge où les études ont été faites [24, 606, 615, 617, 620, 621, 623, 624]. En comparaison des femmes itinérantes sans enfant, les mères itinérantes forment une proportion plus importante de célibataires [615]. Dans l'étude menée par Bassuk et Rosenberg [606], il y aurait une proportion plus faible de mères célibataires chez les sans-abri que chez les femmes domiciliées. Trois autres études montrent néanmoins le phénomène inverse [620, 621, 623].

Les mères itinérantes sont habituellement le reflet de la composition ethnique des régions où elles vivent. Par contre, dans les régions où les Blancs prédominent, les minorités ethniques sont souvent surreprésentées parmi les familles sans abri [24]. Les femmes de race noire sont plus nombreuses parmi les mères itinérantes que parmi les femmes itinérantes qui n'ont pas d'enfant (40% vs 21%) [615]. Dans les études qui comparent les mères itinérantes aux mères domiciliées pauvres, les résultats diffèrent. Ils montrent tantôt une proportion plus élevée de femmes de race noire parmi les mères itinérantes [620], tantôt une proportion plus élevée de femmes de race noire parmi les femmes domiciliées [102, 621].

Les mères de familles sans abri ont peu d'expérience de travail. Bassuk et al. [24] rapportent que seulement 36% des mères interrogées ont déjà travaillé plus d'un mois. Par ailleurs, elles sont moins nombreuses à n'avoir jamais travaillé que les femmes itinérantes sans enfant (74 vs 86%) [615] mais elles sont également moins nombreuses que ces dernières à avoir travaillé à plein temps de l'âge de 18 ans jusqu'à ce qu'elles deviennent itinérantes.

En ce qui a trait à la scolarité, plus de la moitié des mères itinérantes ont terminé le «high school» [24, 102, 617]. Selon l'étude de Wood et al. [102], les mères itinérantes sont moins nombreuses que les mères domiciliées pauvres à avoir atteint ce niveau de scolarité. Deux autres études [620, 621] suggèrent néanmoins qu'il n'y aurait pas de différence significative entre ces deux groupes.

Une des principales sources de revenu pour ces femmes est le AFDC («Aid to Family with Dependent Children») [24, 621, 625]. Ce programme national d'aide fournit des allocations aux enfants dans le besoin et aux mères privées de soutien familial à cause de l'absence ou du manque d'emploi du père [625]. La majorité des mères sans abri (91%) reçoivent cette aide dont 59% depuis plus de 2 ans, comparativement à seulement 30% dans l'ensemble de la population [24]. Enfin, plus de mères itinérantes que de femmes itinérantes sans enfant (55 vs 29%) recevaient, avant leur épisode actuel d'itinérance, des allocations de types «Public Assistance/AFDC/Disability» [615].

On retrouve généralement 2 ou 3 enfants par famille et ceux-ci sont en majorité d'âge pré-scolaire [102, 606, 610, 612, 613, 615, 617, 620, 626]. La plupart de ces enfants vivent avec leur mère au refuge alors que certains se retrouvent en institution, chez d'autres membres de la famille ou chez des amis [615, 626].

2.2 ÉTIOLOGIE

Divers facteurs ont été réunis pour tenter d'expliquer la venue des familles dans le monde des sans-abri. Bien que chaque famille vive des situations et des problèmes qui lui sont propres, on arrive tout de même à extraire des motifs généraux qui peuvent s'appliquer à la majorité de celles-ci.

L'économie et l'état actuel du marché du travail sont des facteurs clairement identifiés comme étant à l'origine du phénomène des familles itinérantes. Dans l'étude de Wood et al. [102], 57% des familles itinérantes identifient les problèmes économiques (perte d'emploi, perte de l'AFDC) comme cause principale de leur itinérance. La perte d'un emploi était, pour 44% des familles interrogées aux *Traveler's Aid agencies*, la raison principale qui les avait obligées à quitter leur dernière adresse [626]. Les familles les plus vulnérables sont évidemment celles qui ont des revenus faibles. Cela est d'autant plus vrai pour les familles à faibles revenus dirigées par des femmes [543]. À cet effet, une famille, peu importe sa composition, recevant l'AFDC comme seule source de revenu, sera toujours au moins à 40% en-deçà du seuil de la pauvreté. Même avec les bénéfices pouvant accompagner l'AFDC (Food Stamps, Medicaid, etc.), le revenu du seuil de la pauvreté n'est pas atteint [612, 627]. On s'aperçoit donc que ces programmes gouvernementaux ne rencontrent pas adéquatement les besoins essentiels de ces familles et ne sont pas suffisants pour prévenir l'itinérance [605, 625, 626].

Obtenir un logement peut aussi être très problématique pour les familles. En effet, on assiste actuellement à une pénurie de logements à prix abordable [543, 612, 626, 628]. L'embourgeoisement des quartiers pauvres («gentrification») est un facteur qui a contribué à l'augmentation du nombre de familles itinérantes. Elles sont expulsées de leur logement et, n'ayant pas les moyens de se payer un logement permanent, elles se retrouvent alors dans un refuge. Les familles alternent alors entre le refuge et la rue, les refuges ne leur permettant habituellement pas de rester plus longtemps qu'un mois. Les causes d'éviction, telles que le non-paiement du loyer, la conversion en condominium, l'insalubrité et le surpeuplement, sont souvent mentionnées par les familles (environ 50%) pour expliquer leur arrivée dans les refuges ou les hôtels pour sans-abri [24, 102, 610, 624, 626]. Enfin, les familles à la recherche d'un logement peuvent être victimes de discrimination [607].

De par leur nature, ces familles n'échappent évidemment pas aux problèmes familiaux. Ainsi, les familles ayant vécu des abus physiques, sexuels ou émotionnels, des problèmes d'alcool

ou de drogues, une maladie, une mortalité, une séparation ou un divorce, sont souvent retrouvées parmi les familles sans abri [24, 612, 624, 629]. L'étude de Wood et al. [102] montre que 34% des mères itinérantes ont été victimes d'abus de la part de leur conjoint. Dans l'étude de Shinn et al. [620], 27% des mères itinérantes ont été abusées ou menacées au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion est de 16,6% chez les mères domiciliées pauvres. Dans une autre étude comparative de mères itinérantes et domiciliées pauvres [630], on retrouve exactement les mêmes pourcentages.

Les mères qui sont à la tête de familles itinérantes, ont aussi très souvent connu une enfance difficile [24, 102, 612, 615, 619, 620, 626]. Par exemple, plusieurs d'entre elles n'ont jamais connu leur père ou très peu, elles ont pu être abusées physiquement ou être témoins de querelles continues entre les parents. Ces problèmes vécus dans l'enfance ou l'adolescence tendent à se répercuter sur leur vie à l'âge adulte et peuvent entraîner des difficultés à vivre de façon autonome et stable [24, 626]. Les mères ayant de tels antécédents familiaux sont habituellement surreprésentées parmi les familles itinérantes [619]. L'étude de Winkleby et Boyce [615] montre que 15% ont vécu en foyer d'accueil, 23% ont été abusées physiquement et 22% ont été abusées sexuellement. Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux observés chez les femmes itinérantes sans enfant (respectivement, 17%, 28% et 33%). L'étude de Wood et al. [102] montre qu'un nombre plus grand de mères itinérantes que de mères domiciliées pauvres ont vécu avec des parents qui abusaient d'alcool et de drogues (49 vs 34%), ont vécu en foyer d'accueil ou avec un autre parent (35 vs 25%) ou ont été abusées par leurs parents (31 vs 21%). De la même manière, Shinn et al. [620] rapportent des pourcentages plus élevés de mères itinérantes que de mères domiciliées qui, soit ont vécu en famille d'accueil, en institution ou en foyer de groupe, soit ont fugué plus d'une semaine, soit ont été abusées physiquement ou sexuellement.

Le soutien social est une partie très importante de l'histoire des familles itinérantes. En fait, l'étendue du réseau social et le soutien apporté par ses membres procurent un sursis plus ou moins long aux familles qui se dirigent peu à peu vers l'itinérance [607, 612]. D'après les enquêtes effectuées, il semble que les familles devenues itinérantes aient un soutien social restreint. En effet, 22% des mères itinérantes étudiées par Bassuk et Rosenberg [606] étaient incapables de nommer au moins une personne susceptible de pouvoir les aider. Chez les mères domiciliées, cette proportion était de 2%. De même, 31% des mères itinérantes nommaient leur(s) propre(s) enfant(s) comme principal soutien émotionnel contre 4% chez les mères domiciliées. Selon Phillips et al. [624], la plupart des familles ont des contacts avec des proches mais elles ne peuvent pas vraiment compter sur eux. L'étude de Wood et al. [102], pour sa part, montre que 66% des mères itinérantes ne nomment aucune ou nomment seulement une personne qui leur apporte du soutien comparativement à 48% chez les mères domiciliées pauvres. Le tiers environ (31%) des mères itinérantes nomment leur père ou leur mère comme personne de soutien comparativement à 65% chez les mères domiciliées pauvres. À l'inverse, l'étude de Shinn et al. [620] de même que celle de Goodman [621] tendent à montrer que les mères itinérantes ne sont pas aussi isolées que le prétendent certains auteurs, qu'elles ont un réseau social plus grand que les mères domiciliées et qu'elles ont eu des contacts plus récents avec leur réseau, bien qu'elles puissent moins compter sur celui-ci pour être logées que les mères domiciliées. Le réseau et le soutien social ne sont pas des dimensions faciles à mesurer compte tenu des nombreuses sous-dimensions qui peuvent être explorées. Cela pourrait expliquer les résultats apparemment contradictoires observés entre les études.

Enfin, on sait que des familles se retrouvent sans abri suite à des désastres naturels (feu) mais la proportion de ces familles qui vivent dans les refuges et hôtels est presque négligeable [588].

L'arrivée des familles parmi la population itinérante n'est pas explicable par un seul de ces facteurs mais bien davantage par une combinaison des différents effets engendrés par la pauvreté, la violence familiale, l'éviction, etc. D'après leurs résultats, Bassuk et al. [24] croient qu'il n'y a pas que les facteurs externes, tels que le manque de logement, le revenu d'allocation inadéquat et l'instabilité familiale causée par la pauvreté, qui amènent les familles à la rue. Les facteurs

psychologiques vécus par ces familles sont aussi très importants à considérer. Cependant, Smith et North [622], d'après une comparaison de trois sous-groupes de femmes itinérantes (mères avec enfants, mères sans enfant et femmes sans enfant), concluent que les mères avec enfant présentent plus de vulnérabilités sociales (par ex.: le chômage) que les autres femmes itinérantes mais moins de vulnérabilités personnelles (ex: abus de substances toxiques, problèmes psychiatriques).

Les familles ne deviennent pas itinérantes du jour au lendemain [624]. Elles sont souvent très instables avant leur période d'itinérance. Les familles interrogées dans l'étude de Bassuk et al. [24] avaient déménagé en moyenne 3,6 fois durant la dernière année avant d'arriver au refuge. Les familles perdant leur logement vont rester chez des amis ou des membres de la famille jusqu'à qu'elles ne soient plus désirées. En effet, quand les familles et les amis s'entassent pendant une certaine période de temps, la tension reliée à différents petits problèmes augmente et entraîne souvent une crise menant à la séparation. Une fois que toutes les ressources du réseau sont épuisées, les familles deviennent sans abri [607, 612, 631].

2.3 PROBLÈMES VÉCUS PAR LES MÈRES ET LES ENFANTS DES FAMILLES ITINÉRANTES

Bien que l'état de santé des mères ait été considéré dans les études, ce sont surtout les problèmes vécus par leurs enfants qui ont été approfondis.

2.3.1 Mères

Selon plusieurs [18, 24, 612, 615, 622, 632], les mères de familles itinérantes souffriraient moins de troubles physiques ou mentaux et de problèmes d'alcool ou de drogues que les personnes itinérantes en général. Winkleby et Boyce [615], par exemple, rapportent que les mères itinérantes consomment moins d'alcool ou de drogue de façon excessive que les autres femmes itinérantes, qu'elles sont moins nombreuses à avoir été hospitalisées en psychiatrie et à avoir des maladies physiques.

Phillips et al. [624] rapportent qu'environ le tiers des mères itinérantes ont des problèmes de santé mentale et que 19% d'entre elles ont déjà été hospitalisées en psychiatrie. Bassuk et Rosenberg [606] ont comparé l'état de santé des mères itinérantes avec celui des mères domiciliées ayant un faible revenu. Ainsi, 27% des mères itinérantes et 21% des mères domiciliées rapportent des problèmes médicaux quelconques. Des problèmes d'abus de drogues ou d'alcool ont été mentionnés par 16% des mères itinérantes et seulement 6% chez les mères logées. Enfin, 27% des mères itinérantes et 10% des mères domiciliées présentaient des troubles psychiatriques. De même, Wood et al. [102] rapportent que plus de mères itinérantes que de mères domiciliées pauvres consomment de l'alcool ou des drogues (32 vs 26%) et ont été hospitalisées en psychiatrie (14 vs 6%). Weitzman et al. [630] rapportent des pourcentages beaucoup plus bas mais indiquent aussi que les mères itinérantes sont plus nombreuses que les mères domiciliées pauvres à avoir été hospitalisées en psychiatrie.

La grossesse constitue certes une caractéristique particulière chez ces femmes. Lors de l'enquête de Bassuk et al. [24], 11% des mères interrogées étaient enceintes. De plus, il semble que les taux de naissances dans les hôtels pour familles sans abri soient en progression. Chavkin et al. [623] rapportent que le nombre de naissances est passé de 7 par mois en 1982 à plus de 23 par mois en 1984. Dans l'étude de Shinn et al. [620], 55,5% des mères itinérantes étaient enceintes ou avaient un nouveau-né, comparativement à 16,2% des mères domiciliées.

2.3.2 Enfants

À première vue, les problèmes physiques n'apparaissent pas comme étant les plus importants rencontrés par les enfants. Les troubles émotionnels et les retards de développement semblent être plus alarmants.

2.3.2.1 Santé physique

Bassuk et al. [24] rapportent que le quart des enfants visés par son enquête présentaient des problèmes médicaux quelconques, selon leur mère. Dans l'étude de Phillips et al. [624], 12% des enfants présentaient des troubles physiques. Par ailleurs, 68,9% des parents rencontrés par l'équipe de Hu et al. [617] croyaient que leurs enfants étaient en excellente santé.

Les problèmes physiques fréquemment rencontrés chez les jeunes enfants de familles itinérantes sont: les infections respiratoires [609, 633], l'asthme [619, 633], l'anémie [609, 633], les maladies de peau mineures [633], les infections aux oreilles [633, 634], les problèmes gastro-intestinaux [633], les maladies chroniques [633, 635, 636], les caries dentaires [634], les irritations dues aux couches [634], les problèmes liés à la nutrition [637] et les troubles de la vision [634]. En outre, plusieurs enfants présentent des retards dans le protocole de vaccination ou encore n'ont jamais été vaccinés [197, 612, 633-636, 638-640]. Fierman et al. [638], par exemple, observent que 70% des enfants itinérants contre 22% des enfants domiciliés pauvres accusent un retard dans leurs vaccinations.

2.3.2.2 Santé mentale et retard de développement

Les problèmes émotionnels et les retards de développement sont fréquents chez les enfants de familles itinérantes. En effet, leur vie se caractérise souvent par de nombreuses pertes successives (logement, ami, père) pouvant entraîner chez eux des problèmes d'anxiété et de dépression [607]. Environ la moitié des enfants de 5 ans et plus rencontrés par l'équipe de Bassuk et al. [24] souffraient de tels problèmes et nécessitaient une évaluation psychiatrique. L'étude de Zima et al., [616] menée auprès de 169 enfants d'âge scolaire provenant de 18 refuges de Los Angeles, montre des résultats semblables: 37% des enfants ont des problèmes de dépression et 28% montrent de sérieux problèmes de comportements. De plus, ces enfants sont 20 fois plus susceptibles que les enfants de la population en général d'avoir des symptômes associés à la dépression. Selon Rafferty et Shinn [633], les enfants itinérants, comparativement aux enfants domiciliés pauvres ou aux enfants de la population en général, sont plus à risque de présenter des troubles de dépression, d'anxiété et de comportements.

Chez les enfants d'âge préscolaire, les retards de développement sont nombreux [612, 619, 641]. Plus de la moitié (54%) de ces enfants auraient au moins un problème de développement majeur. Ces retards peuvent se manifester tant au niveau du développement moteur qu'au niveau du développement social (personnel) et du langage, les deux derniers étant les plus fréquents. Les différences sont flagrantes quand ces enfants itinérants sont comparés à des enfants domiciliés provenant de familles à faible revenu [619, 642].

Chez les enfants d'âge scolaire, plusieurs auteurs font état de problèmes de faible rendement scolaire, d'absentéisme et d'abandon ou d'échecs scolaires [612, 633]. L'étude de Zima et al. [616] montrent que 39% des enfants interrogés accusent de sérieux retards dans leur capacité de lire et seulement 19% d'entre eux ont reçu une assistance pédagogique particulière pour remédier à ce retard. Timberlake [643] a mené une étude auprès de 107 garçons et 97 filles âgés, en moyenne, de 8 ans. Cette étude est particulière parce que la majorité des enfants n'ont pas été recrutés dans les refuges (contrairement à la majorité des études) mais plutôt dans les parcs, les rues, les voitures, etc. Ainsi, dans cette étude, 38% des enfants avaient passé la nuit précédant l'enquête dans des

voitures, 44% dans les parcs, la rue ou les transports en commun et les autres dans des refuges. Les résultats montrent que 48,5% de ces enfants s'absentent de l'école environ le tiers du temps, 35,4% échouent l'ensemble des cours et 32,5% échouent certains cours et en réussissent d'autres. Ziesemer et al [644] ont comparé 145 enfants qui avaient vécu une période d'itinérance à 142 enfants domiciliés pauvres. Ils n'ont trouvé aucune différence significative concernant les performances académiques, le fonctionnement adaptatif et les problèmes de comportement. Cependant, cette étude présente, à notre avis, des biais méthodologiques majeurs qui limitent la portée des résultats.

2.3.2.3 Nouveaux-nés

Les bébés de petits poids (< 2500g) et la mortalité infantile sont beaucoup plus fréquents dans le monde des itinérants que dans la population en général [612, 623]. Dans leur étude, Chavkin et al. [623] rapportent que 16,3% des bébés nés de mères itinérantes étaient de petits poids comparativement à 7,4% dans l'ensemble de la population de New York. De même, le taux de mortalité infantile trouvé dans les hôtels pour familles itinérantes est de 24,9/1000 alors qu'il est de 12,0/1000 dans l'ensemble de la population.

Une des principales raisons pouvant expliquer ces résultats réside dans le fait que les femmes itinérantes utilisent très peu les services de soins prénataux. Plus de 39% des femmes itinérantes n'ont fait aucune visite pour recevoir des soins durant leur grossesse, ce qui n'est le cas que de 9% des femmes enceintes dans la population en général. De même, seulement 29,6% des femmes itinérantes ont fait plus de 7 visites prénatales comparativement à 68,1% des femmes dans l'ensemble de la population [623].

2.4 LES RAPPORTS AUX SERVICES

2.4.1 Services aux familles itinérantes

Les services de santé prennent une importance particulière pour les familles itinérantes étant donné la présence d'enfants dans cette population. Toutefois, ces services ne semblent pas être utilisés de façon constante. Dans l'étude de Hu et al. [617], par exemple, 56,7% des familles affirmaient ne pas avoir de ressources stables de soins de santé. Par contre, 85,2% des enfants avaient reçu leurs vaccins et 78,7% avaient subi un examen médical au cours de la dernière année.

Le premier problème qui se pose est celui de l'accessibilité aux services. Par exemple, les familles ne bénéficient pas toutes d'une assurance-maladie. Dans l'étude de Hu et al. [617], 46,6% rapportaient n'avoir aucune assurance-maladie. L'étude de Winkleby et Boyce [615], par contre, montre que les mères itinérantes sont plus nombreuses que les femmes itinérantes sans enfant à avoir une assurance-maladie: 21% des mères itinérantes n'avaient aucune assurance-maladie comparativement à 61% des femmes itinérantes sans enfant. Bassuk et Zima [612] montrent que les familles itinérantes ont de la difficulté à avoir accès aux services traditionnels de santé. Des services de santé mentale accessibles aux enfants itinérants n'existent à peu près pas. Les services de traitement pour les problèmes d'abus d'alcool ou de drogues sont rarement accessibles aux femmes pauvres qui ont des enfants. De toute manière, ces femmes doivent d'abord penser à combler les besoins de base avant d'imaginer entreprendre une thérapie.

Le deuxième problème est celui de l'attitude et de la satisfaction des mères face aux services. Les mères de familles itinérantes peuvent être réticentes à aller consulter et à faire confiance. Certaines d'entre elles peuvent, par exemple, voir les infirmières comme faisant partie du système légal cherchant à les séparer de leurs enfants [609]. Les services de santé demeurent tout de même ceux dont les mères itinérantes semblent les plus satisfaites, contrairement à la perception qu'elles ont des services sociaux [24]. D'une façon plus concrète, les parents mentionnent le plus souvent les services médicaux (clinique, urgence, soins dentaires, nutrition) comme étant les besoins les

plus importants pour leurs enfants. Seulement 6,7% mentionnent les services sociaux et psychologiques [617]. Cette dernière demande est considérée comme très faible, compte tenu du fait que les études ont démontré l'importance de ces problèmes chez les enfants [24]. Des interventions précoces visant à répondre aux besoins de ces enfants pourraient éviter que leurs problèmes physiques et sociaux ne s'aggravent avec l'âge [617].

Le troisième problème qui se pose est celui de l'adéquation entre les services spécifiques offerts aux familles itinérantes et leurs besoins. Dans la plupart des grandes villes américaines, on retrouve un certain nombre de refuges ou d'hôtels pour ces familles. Plusieurs d'entre eux sont très rudimentaires et n'offrent qu'un minimum de services. Ces refuges ont été critiqués sur plusieurs points [612, 633, 645]. Weinreb et Buckner [645] disent que la majorité de ceux-ci offrent des programmes à court terme qui ciblent des besoins immédiats, qui ont des ressources limitées et qui ont peu de fondements empiriques. Si ces auteurs considèrent que ces refuges font tout de même un bon travail, ils doutent que ceux-ci puissent régler les problèmes complexes des familles itinérantes. Les refuges ayant déjà suffisamment de difficultés à trouver les fonds pour répondre aux besoins essentiels, il est difficile de leur en demander davantage. Dans le même sens, Bassuk et Zima [612] considèrent que les services existants visent davantage à répondre à la crise et que peu de services sont orientés vers des besoins psychosociaux à plus long terme. Si des ressources ponctuelles sont nécessaires pour combler les besoins immédiats, des ressources à plus long terme sont aussi nécessaires pour prévenir une détérioration plus importante de ces familles. Rafferty et Shinn [633] font valoir que ces familles devraient avoir accès à des refuges adéquats et sans barrière; par exemple, des refuges calmes et sécuritaires pour que les enfants puissent bien dormir et faire leur devoir. Ces auteurs recommandent également que ces refuges ne divisent pas les familles et que ces dernières puissent avoir accès au refuge au cours de la journée. Whitman et al. [641] disent que ces refuges sont voués à l'échec s'ils n'offrent pas un soutien au point de vue éducatif, médical, émotionnel et en ce qui concerne le rôle de parent et le travail.

Ces critiques envers les refuges temporaires en ont amené plus d'un à prôner la nécessité d'avoir une gamme de services pour rencontrer la multiplicité des besoins des familles itinérantes [635, 641, 645-647]. En plus des refuges temporaires, cette gamme de services devrait inclure: des logements décents, permanents et à prix abordables; de l'aide aux familles pour trouver un logement [641, 645]; des réponses aux besoins spécifiques de chaque famille [645]; des services en nutrition et en santé; des ressources financières [646]; des services de garde permettant aux mères de chercher un emploi; des activités pour que les enfants puissent se développer; l'identification des difficultés académiques [635]; l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés [647], etc. Pour s'assurer que les besoins de ces familles soient rencontrés et qu'elles soient référées aux services appropriés, Lauriat [605] propose que le personnel des refuges et hôtels fasse une évaluation complète de chacun des membres de la famille. De plus, pour que ces évaluations soient efficaces et rapidement utilisables, il propose que des instruments standardisés soient élaborés. Selon Phillips et al. [624], l'étape du suivi dans la communauté est aussi indispensable. Sans suivi, certaines familles risquent de redévelopper de sérieux problèmes. Plusieurs ont aussi fait ressortir l'importance d'une meilleure coordination entre les services existants et du développement d'alliances entre les refuges et les services publics de santé [635, 646, 647].

Notons enfin que quelques auteurs ont mentionné l'importance de faire de la prévention de l'itinérance en travaillant avec les familles domiciliées qui sont dans une situation très précaire [612, 645]. Cependant, nous n'avons vu aucun programme spécifique développé dans ce sens.

2.4.2 Programmes spécifiques aux familles itinérantes

Un certain nombre de programmes spécifiques sont décrits dans la littérature mais peu ont été évalués d'une manière ou d'une autre. Nous ne rapporterons pas ici toutes les expériences décrites en raison du caractère trop anecdotique de la publication ou du caractère trop spécifique de l'intervention. Ainsi nous avons éliminé, par exemple, une expérience de thérapie par le jeu [648],

une autre de bibliothérapie [649], une autre de traitement psychologique auprès d'enfants séropositifs [650], une autre expliquant le rôle du psychologue qui doit évaluer les familles itinérantes [651]. Nous nous limiterons à quelques exemples de programmes plus structurés.

Dans le document produit par le *Homelessness Information Exchange* en 1989 [626], six programmes existant aux États-Unis sont décrits. Ces programmes, en plus d'offrir les services essentiels (refuge, nourriture, hygiène, soins), permettent aux membres de la famille d'acquérir les outils nécessaires menant à une vie indépendante. Les familles ne subissent pas les programmes offerts, elles doivent au contraire y participer activement et démontrer une certaine motivation dans la poursuite de leurs buts.

Stretch et al. [618] décrivaient, en 1988, un programme structuré offert aux familles itinérantes dans le refuge de l'Armée du Salut à St-Louis (Missouri). Ce programme offre un continuum de services et le suivi intensif (case management) y est utilisé. L'objectif poursuivi est l'auto-suffisance de ces familles. Le plan de traitement prévoit cinq stades: prévention, crise, réinstallation/logement transitoire, réintégration dans la communauté et suivi. La durée maximale de séjour est de 60 jours mais la situation particulière de chaque famille détermine la durée de sa participation au programme. Pour atteindre l'auto-suffisance, le programme prévoit des activités à différents niveaux: stratégies pour maintenir et améliorer les revenus, services éducatifs, services de soins aux enfants, soins de santé de base, entraînement aux habiletés de vie. En 1992, Stretch et Kreuger [652] ont fait état des résultats du suivi de 201 familles qui ont été les plus exposées à ce programme entre 1983 et 1987. Ces familles ont été réinterrogées en 1989, donc au moins deux ans après avoir quitté le programme. Les résultats ont démontré que 83,5% de ces familles étaient demeurées stables dans la communauté après avoir quitté le programme alors que les autres familles avaient connu au moins une autre période d'itinérance. Les auteurs ont noté que, malgré leur stabilisation, ces familles étaient encore confrontées à de multiples stressseurs et nécessitaient des services. En dépit des résultats positifs présentés, il n'est pas possible de conclure que ceux-ci soient reliés à l'efficacité du programme, compte tenu du fait que cette étude présente trop de problèmes méthodologiques (par ex.: pas de groupe contrôle, les sujets réinterrogés ne sont pas nécessairement représentatifs des familles qui ont participé au programme, etc.).

Rog [647] décrit le programme «Homeless Families Program» grâce auquel neuf villes ont reçu une subvention afin de développer une gamme de services de santé, de soutien et de logement pour les familles itinérantes. Le programme ne vise pas à mettre sur pied des services comme tel mais à développer une meilleure organisation des liens entre les services existants pour les rendre plus accessibles aux familles dans le besoin. Une étude d'impact a été effectuée mais l'absence de groupe contrôle ne permet pas de déterminer si les changements survenus sont attribuables au programme. Ils observent tout de même une meilleure coordination des services d'assistance au logement et une importance plus grande donnée au suivi intensif («case management») et à long terme, une meilleure participation des organismes externes et un financement externe plus élevé. Les points forts qui se dégagent du programme sont les suivants: 1) augmentation de la stabilité résidentielle; 2) augmentation de l'utilisation des services (les familles ont davantage accès aux services de santé mentale et aux services reliés à l'abus d'alcool et de drogue). Toutefois, peu de familles ont fait des progrès vers l'auto-suffisance (trouver un emploi ou poursuivre des études).

Memmott et Young [653] décrivent l'expérience de deux infirmières qui ont mis sur pied un groupe de soutien dans un refuge pour les mères et les enfants itinérants (un avant-midi par semaine pendant 10 semaines). Leurs buts étaient d'améliorer les interactions parent-enfant qui étaient souvent déficientes et d'apporter un soutien aux enfants d'âge pré-scolaire. Les parents et les enfants étaient d'abord séparés en deux groupes durant une période d'une heure, puis ils étaient réunis pour une activité visant à les faire interagir ensemble. Dans le groupe des mères, les discussions portaient d'abord sur les problèmes vécus, puis, les infirmières abordaient des thèmes comme la désaffiliation, l'estime de soi et la nécessité de combler les besoins essentiels (nourriture, etc.) avant d'orienter la discussion en fonction des besoins psycho-sociaux des femmes. Dans le

groupe des enfants, le but était de développer des habiletés sociales. Ce projet ne semble pas avoir été évalué. Cependant, les auteurs fournissent certaines observations. Le nombre de personnes variait selon les sessions (de 2 à 15) et variait même au cours de la session. Les auteurs concluent que la fréquence des réunions devrait être quotidienne plutôt qu'hebdomadaire pour obtenir de meilleurs résultats.

Notons, pour les intéressés, que Lewis [654] a publié un guide pratique des techniques de counseling pour venir en aide aux familles itinérantes.

2.5 CONCLUSION

L'état de la situation des familles itinérantes dans les grandes villes américaines est plutôt alarmant. Les familles constituent le groupe de sans-abri dont le nombre augmente le plus rapidement. Ce sont habituellement de jeunes femmes que l'on retrouve à la tête des familles itinérantes et elles ont en moyenne deux à trois enfants d'âge pré-scolaire à leur charge.

Il apparaît difficile de prévoir une stabilisation de la croissance de cette population. En effet, les facteurs ayant été identifiés comme causes possibles de l'itinérance chez les familles ne semblent pas vouloir s'améliorer.

Le manque de logements à prix abordable est de plus en plus grand. Pour combler cette pénurie, des alternatives au logement doivent être créées. De plus, les allocations offertes aux familles dans le besoin via l'AFDC sont insuffisantes pour permettre à ces familles de vivre de façon indépendante. Enfin, les divorces et la violence pouvant entraîner de graves problèmes émotionnels semblent être de plus en plus présents à l'intérieur des familles actuelles.

L'étude de ces familles démontre l'importance que peut avoir le soutien social pour des familles vivant des difficultés financières ou émotionnelles. En fait, celui des familles itinérantes s'est révélé être plutôt restreint.

Selon certains auteurs [18, 24], les mères itinérantes présenteraient moins de problèmes de santé que les personnes itinérantes en général. Par contre, la majorité d'entre elles traînent les lourdes conséquences d'un passé parfois éprouvant.

Les enfants, pour leur part, souffrent de sérieux problèmes émotionnels et de retards dans leur développement et les nouveaux-nés de mères itinérantes sont souvent de petits poids. Tous ces enfants sont aussi sujets à des troubles physiques et à la malnutrition. Rafferty et Shinn [633] mentionnent que les conséquences de l'itinérance sont souvent interreliées; si les besoins alimentaires de l'enfant ne sont pas comblés, le développement, la santé physique et la santé mentale en sont affectés, les problèmes de comportement augmentent, la capacité de se concentrer est compromise et les performances académiques en souffrent.

Enfin, des programmes visant à répondre aux besoins spécifiques des familles itinérantes ont été mis sur pied. Les résultats obtenus à l'intérieur de ces programmes sont très stimulants mais l'offre ne suffit pas à la demande. Plusieurs familles demeurent en attente de services.

L'état actuel des connaissances sur les familles itinérantes permet maintenant d'orienter de nouvelles recherches et d'entrevoir des stratégies qui pourraient favoriser chez elles une plus grande autonomie et une meilleure qualité de vie.

Chapitre 3

LES ADOLESCENTS

**Louise FOURNIER, Isabelle LAURIN, Jean TOUPIN,
Julie GAUDREAU, Katherine FROHLICH**

La littérature portant sur les adolescents itinérants est très volumineuse et elle a particulièrement pris de l'ampleur au cours des cinq dernières années. De plus, elle est parfois très disparate et sa valeur scientifique est inégale. Aussi, afin de donner une meilleure cohérence à la couverture de ce thème, nous avons sélectionné les références en fonction d'un certain nombre de critères. Le premier critère est celui de l'âge. De manière à couvrir le mieux possible la période de l'adolescence, nous avons considéré les études effectuées auprès de jeunes dont l'âge varie entre 12 ans et l'âge de la majorité (souvent 18 ans et parfois 21 ans). Ce critère n'est pas toujours évident. En effet, certaines études couvrent parfois non seulement les adolescents mais aussi, soit les jeunes enfants, soit les jeunes adultes. Dans ces cas, nous nous sommes donné comme critère le choix d'une majorité de sujets dont l'âge se situait à l'intérieur des limites fixées. Le deuxième critère a été de couvrir uniquement la littérature portant sur les adolescents non accompagnés de leurs parents; ceux accompagnés de leurs parents sont couverts dans le chapitre sur les familles itinérantes. Nous avons exclu plusieurs publications portant sur le problème des jeunes de la rue en Amérique Latine, celui-ci se posant de manière très différente par rapport à l'Amérique du Nord ou à l'Europe. Certaines études ont cependant été incluses parce elles offraient un point de vue comparable à ce que l'on retrouve en Amérique du Nord. Enfin, comme troisième critère, nous avons choisi d'éliminer certaines parutions plus anecdotiques ou celles qui ne semblaient représenter que l'opinion des auteurs ou dont l'intérêt scientifique est très limité.

L'itinérance chez les adolescents est, en grande partie, associée au comportement de fugue. Appathurai [655] rappelle que la fugue n'est pas un phénomène nouveau mais que sa signification a varié à travers le temps, reflétant les contextes sociaux, historiques, politiques et économiques. Dans la société pré-industrielle, la fugue est synonyme de recherche d'aventure, d'expression d'indépendance marquant le passage à la vie adulte. Vers la fin du 19^e siècle, dans une société qui s'industrialise et s'urbanise rapidement, le rôle économique et social des jeunes dans la société est en déclin. Celle-ci devient de plus en plus alarmée par ces jeunes gens qui quittent leur foyer prématurément. Des institutions judiciaires et correctionnelles sont créées pour régler ce problème. Le début du 20^e siècle marque la naissance du concept d'adolescence. Sous l'influence des psychiatres et des psychologues, ce problème est perçu selon une perspective médicale, orientée vers la pathologie. Des années '30 à '50, la fugue est perçue comme un acte délinquant dont l'étiologie vient de la psychopathologie de l'individu. Durant cette période, le traitement de la fugue se fait à l'intérieur d'institutions, soit les écoles de réforme pour les fugueurs sociopathes, soit les hôpitaux psychiatriques pour les fugueurs psychotiques. Au cours des années '60, les explications de la fugue sont centrées sur les relations entre les structures sociétales et le comportement; on

explique la délinquance par des déterminants structuraux et on cherche les influences environnementales. Les facteurs explicatifs majeurs de la fugue sont les foyers brisés par les séparations et les divorces, la pauvreté, les problèmes de comportements chez les parents, la négligence et la mobilité familiale qui empêchent la formation de relations stables avec les pairs. Dans les années '70 (essor économique), le nombre de fugueurs ne diminuent pas comme on l'aurait espéré. Les explications de la fugue sont alors axées sur les facteurs environnementaux (la famille, l'école). La fugue répétée, comme le disait Jenkins (1971) cité par Appathurai [655], est une pathologie qui vient d'un mauvais fonctionnement de la famille. Intervenants et chercheurs deviennent plus conscients du lien entre l'abus physique dans la famille et la fugue. Depuis le début des années '80, les recherches visant l'acquisition d'une meilleure compréhension du comportement de fugue se sont d'abord centrées sur la relation parent-enfants, ensuite sur l'abus physique vécu par ces enfants et enfin sur l'abus sexuel. Ici la fugue est vue comme étant une réponse saine d'adaptation à une situation difficile.

3.1 DÉFINITION DE LA POPULATION

Bien que l'itinérance chez les adolescents soit un phénomène de tout temps, il semble en recrudescence depuis une quinzaine d'années [656]. À l'heure actuelle, les données sur l'étendue du phénomène sont pratiquement inexistantes. On estime qu'il y a entre 500 000 et 2 millions d'adolescents errant dans les rues aux États-Unis [657-660]. En 1984 à Montréal, on estimait qu'il y avait de 4 000 à 5 000 jeunes dans la même situation [661]. Cependant, nous n'avons trouvé aucune étude de recensement sur les adolescents itinérants dans la littérature scientifique.

Bien sûr, le problème le plus important qui empêche d'avoir des estimations précises est, comme pour les adultes itinérants, le manque de consensus sur la définition de cette population. Celle-ci est souvent nommée «jeunes de la rue» mais cette appellation, comme le dit Cosgrove [656], précise davantage l'endroit où ils se rassemblent que leurs caractéristiques. Ce même auteur propose une définition intéressante: le jeune de la rue serait un individu en-deçà de l'âge de la majorité, dont le comportement diffère significativement de la norme de la communauté et qui ne peut compter sur le soutien de sa famille, ou même d'un substitut familial, pour répondre à ses besoins fondamentaux. Bien qu'intéressante, cette définition est difficile à opérationnaliser dans une étude. Devant la difficulté, voire même l'impossibilité d'avoir une définition parfaite, les chercheurs ont développé leurs propres définitions qui diffèrent d'une étude à l'autre. En voici quelques exemples: dans l'étude de Dadds et al. [662], le jeune de la rue est celui qui est âgé entre 13 et 17 ans, qui n'a pas vécu avec ses parents (ou un substitut) au cours de la semaine qui vient de passer et qui n'a aucune résidence permanente au moment de l'entrevue; dans celle de Greenblatt et Robertson [663], le jeune de la rue est celui qui est âgé entre 13 et 17 ans et qui a passé la nuit précédente dans un refuge ou dans la rue; dans celle de Kipke et al. [664], la définition couvre en plus des jeunes qui fréquentent les refuges, ceux qui «vivent de la rue» (*street economy*) i.e. ceux qui quêtent, qui volent, qui vendent de la drogue, qui se prostituent, etc. Évidemment, chaque définition est critiquable. De plus, le fait de choisir une définition plutôt qu'une autre peut donner lieu à des résultats très différents. L'important dans une telle situation est de préciser la définition qui a été utilisée. Malheureusement, cette précision n'est pas toujours donnée dans les publications.

3.2 APPROCHES TYPOLOGIQUES

La grande hétérogénéité de la population des adolescents sans abri a conduit plus d'un auteur à tenter de les diviser en sous-groupes. Cette division n'est pas le reflet de la seule préoccupation qu'ont les chercheurs de classer les gens. Au contraire, l'approche typologique trouve toute sa valeur dans le fait qu'elle facilite le développement d'interventions mieux adaptées à différents sous-groupes.

De façon générale, on s'entend pour dire que les adolescents sans abri peuvent être classés en deux grandes catégories: les fugueurs et les évincés (*throwaways*). Les fugueurs sont définis comme étant ceux qui quittent volontairement leur foyer sans le consentement de leurs parents ou d'un tuteur et qui ont généralement la possibilité d'y retourner [657, 659, 660, 662, 665-672]. Les évincés (*throwaways*), pour leur part, sont des jeunes qui ont été encouragés ou forcés de quitter le foyer [673], des jeunes qui sont donc involontairement sans abri [659, 660, 662, 665, 667-672].

La répartition des jeunes sans abri entre ces deux groupes n'apparaît pas constante d'une étude à l'autre. Selon l'étude de Dadds et al. [662], 58% des jeunes ont fugué et 42% ont été mis à la porte. Selon l'étude de Kurtz et al. [667], il y aurait plus (4 fois plus) de sans-abri volontaires que de sans-abri involontaires alors que dans l'étude de Shane [671], ce serait l'inverse.

Hier et al. [672] ont tenté de distinguer ces deux groupes en fonction de l'isolement social, de la dépression, de l'hostilité et des tendances antisociales, en comparant 26 adolescents fugueurs à 26 adolescents évincés. Les résultats de leur étude n'ont pas été concluants c'est-à-dire qu'aucune différence n'a été trouvée entre ces deux groupes.

Certains auteurs ont complexifié cette typologie (volontaires/involontaires) en y ajoutant d'autres dimensions telles que le motif ou le contexte qui a prévalu au moment de quitter le milieu familial. Parmi les sans-abri volontaires, ceux qui quittent la maison pour échapper aux abus physiques ou sexuels ou encore aux conflits familiaux ou aux problèmes des parents peuvent représenter une catégorie particulière [659, 667, 668]. Ils se distingueront de ceux qui partent à l'aventure; ces derniers n'ont pas de problèmes familiaux et sont relativement bien équilibrés [659]. Parmi les sans-abri involontaires, Zide et Cherry [659] ont distingué deux groupes: 1) ceux qui ont été rejetés par leur famille après plusieurs années de mésentente; ces jeunes sont souvent perturbés et ont des antécédents judiciaires; 2) ceux qui doivent quitter le foyer faute de moyens financiers (pauvreté et famille nombreuse).

Un autre catégorie qui est parfois considérée dans les typologies est celle des «doublement sans-abri» comme les nomment Kurtz et al. [667] ou les «enfants du système» (*system kids*) comme les nomme Rotheram-Borus [660, 670]. Ce sont des enfants qui ont été abandonnés une première fois au système des placements en famille ou centre d'accueil et qui quittent l'endroit de placement pour la rue. Enfin, une nouvelle catégorie est apparue plus récemment, celle des adolescents qui sont sans abri avec d'autres membres de leur famille [667, 674].

Cosgrove [656] offre aussi une typologie qui vaut la peine d'être décrite ici. Elle prend en considération l'interaction de deux dimensions, l'une individuelle, - la conformité du comportement par rapport aux normes sociales - et l'autre, environnementale - le type d'implication familiale. Elle tient compte aussi de la durée de l'itinérance et de l'âge maximum qui est celui de la majorité légale (qui amène habituellement des droits, des responsabilités et attentes différentes et des changements dans les institutions et les agences d'aide). L'intérêt de cette typologie est qu'elle se veut applicable dans différents contextes culturels et qu'elle montre des implications évidentes pour l'intervention. Ces deux grandes dimensions, individuelle et environnementale, sont considérées comme des continuums. Cosgrove divise néanmoins chacune d'elles en trois niveaux. L'interaction de ces deux dimensions, comportant chacune trois niveaux, est illustrée dans un tableau à 9 cases que nous avons traduit et reproduit plus loin. En ce qui a trait à la dimension de la conformité aux normes, le pôle positif représente le jeune dont le comportement est, de manière générale, conforme aux normes. Le pôle négatif représente le jeune qui, de manière constante, rejette les normes sociales acceptées. Entre les deux pôles, se situe le jeune qui a des difficultés sérieuses à se conformer à certaines règles, mais pas à d'autres, ou encore le jeune qui a des difficultés moins sérieuses à se conformer, mais dont la non-conformité affecte un plus grand nombre de règles. En ce qui concerne la dimension familiale, le pôle positif représente le jeune dont les parents ou substituts comblent les besoins essentiels (nourriture, vêtements, toit, sécurité,

socialisation, etc) et le pôle négatif représente le jeune qui doit compter sur sa propre ingéniosité, ses pairs ou ses relations transitoires avec des adultes pour combler ces besoins. Chacune des neuf cellules décrit une catégorie d'adolescents qui sont, qui pourraient devenir ou qui ressemblent à des jeunes de la rue. Les cellules 6 - implication familiale inadéquate et conformité plus ou moins grande du jeune -, 8 - implication plus ou moins adéquate de la famille et non-conformité du jeune -, 9 - implication familiale inadéquate et non-conformité du jeune, correspondent aux catégories des «vrais» jeunes de la rue.

TYPOLOGIE DE COSGROVE [656]

<u>Conformité aux normes</u>	<u>Implication de la famille</u>		
	Adéquate	Plus ou moins adéquate	Inadéquate
Plutôt conforme	1	2	3
Plus ou moins conforme	4	5	6
Se conforme peu	7	8	9

Les services sociaux traditionnels auront peu de succès auprès de ces groupes de jeunes, que ce soit pour les impliquer dans une relation thérapeutique, maintenir cette implication ou obtenir des résultats positifs. L'auteur propose une approche de type *outreach* qui commence d'abord par une présence non menaçante, la mise en confiance, pour les amener progressivement à une forme d'hébergement ouverte et à court terme, puis, pour certains, à un hébergement plus structuré et à d'autres formes d'aide (scolarité, formation, counseling). La cellule 5, où l'implication familiale et la conformité aux normes sont intermédiaires, correspond à la catégorie la plus à risque de joindre les rangs des vrais jeunes de la rue. L'auteur suggère, pour ce groupe, des services intensifs et à court terme afin de renforcer ou de suppléer le soutien familial et d'aider le jeune dans son ajustement personnel. Les jeunes de la cellule 7 - non conformes mais dont la situation familiale est bonne - nécessitent probablement une intervention de la cour juvénile ou d'une ressource de protection de la jeunesse. Ceux de la cellule 3 - conformes mais dont la situation familiale est inadéquate - ne sont pas non plus de vrais jeunes de la rue. Ils pourraient bénéficier de plusieurs services sociaux traditionnels. Les jeunes des cellules 1 - conformes et dont l'implication familiale est adéquate -, 2 - conformes et dont l'implication est plus ou moins adéquate -, et 4 - plus ou moins conformes et dont l'implication familiale est adéquate -, peuvent ressembler à des jeunes de la rue à première vue. Cependant, ils sont associés à ce style de vie uniquement de manière périphérique ou accidentelle. Ces trois derniers groupes rassemblent l'aventurier, celui qui cherche des sensations, qui exprime sa rébellion, etc. Il est peu probable qu'ils deviennent de vrais jeunes de la rue. Par contre, ils sont des victimes potentielles des pratiques de ce milieu (prostitution, par exemple) et contre lesquelles leur stabilité relative et leur bien-être leur offrent bien peu de protection. L'auteur suggère des programmes de type éducatif pour ces derniers. Cette typologie théorique mériterait d'être testée empiriquement en raison de la valeur possible de ses retombées pour l'intervention.

Ces typologies ne sont pas sans poser problèmes, surtout lorsque les définitions de chaque sous-groupe ne sont pas mutuellement exclusives [670, 675]. De plus, elles ont rarement été testées empiriquement.

Zide et Cherry [659, 668] sont, à notre connaissance, les seuls à avoir testé une telle typologie. Les données d'un échantillon de 261 jeunes (âgés de 11 à 21 ans), provenant à la fois de la rue et des refuges, ont été utilisées dans ce but. Les auteurs se sont appuyés sur 10 échelles dont six mesurent le lien d'attachement (avec l'école, la mère, le père, la religion, les autres personnes et l'affirmation) et quatre caractéristiques des jeunes (motif principal de départ, déviance mineure, histoire criminelle, usage de drogues). Les techniques statistiques utilisées sont l'analyse discriminante et l'analyse de type *cluster*. Leur typologie incluait quatre types de jeunes itinérants: 1) celui qui cherche l'aventure (*running to*) (n=63); 2) celui qui fuit sa famille (*running away*) (n=71); 3) celui qui est rejeté par sa famille (*throwaway*) (n=52); et 4) celui qui quitte sa famille faute de moyen financier (*forsaken*) (n=63). De 51 à 68% de ces jeunes ont pu être classifiés selon ces catégories. Les auteurs ont choisi une méthodologie prometteuse pour tenter de documenter l'hétérogénéité, si souvent reconnue, des jeunes sans abri. Ils posent aussi les premiers jalons nécessaires au développement de programmes spécifiques susceptibles de répondre aux besoins et caractéristiques des divers sous-groupes de sans-abri. Malheureusement, cette recherche comporte, à notre avis, plusieurs défauts méthodologiques qui remettent en question la reproductibilité de cette classification.

3.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La répartition garçon-fille varie en fonction des études. De manière à fournir un portrait plus précis, 13 études descriptives ont été sélectionnées pour leurs attributs méthodologiques, c'est-à-dire des études qui ne dépassent pas trop les critères d'âge que nous avons fixés et qui représentent les plus grands univers (soit par la taille d'échantillon, soit par le nombre ou le type de sites couverts). Ainsi, une répartition approximative de 60 garçons pour 40 filles se retrouve dans six de ces études [306, 659, 662, 663, 667, 676] alors qu'une répartition à peu près égale se retrouve dans quatre de ces études [671, 673, 677, 678]. En ce qui concerne les trois autres études, deux d'entre elles rapportent une répartition d'environ 40 garçons pour 60 filles [679, 680] et la dernière se situe à l'autre extrême, avec une répartition de 73% de garçons pour 27% de filles [681]. La variation dans l'étendue d'âge semble être un des facteurs contribuant à ces variations: plus l'âge-critère maximum est bas, plus la proportion de filles semble élevée. Une autre observation est que cette répartition pourrait varier en fonction du type de jeunes itinérants compris dans les échantillons. Ainsi, Powers et al. [682] ont observé que le comportement de fugue est plus fréquent chez les filles alors que l'itinérance est plus fréquente chez les garçons. Nous reviendrons sur cette distinction un peu plus loin. Il semble donc y avoir certaines indications laissant croire que l'itinérance toucherait davantage de femmes à l'adolescence qu'à l'âge adulte.

S'il est difficile d'avoir un portrait clair de la répartition selon le sexe, il est encore plus difficile d'avoir un portrait clair des autres caractéristiques socio-démographiques. Prenons l'exemple de la fréquentation scolaire. Dans l'étude de Van der Ploeg [681], la moitié des jeunes interrogés sont encore officiellement inscrits à l'école. Dans celle de Smart et Adlaf [676], 22% des jeunes disent fréquenter l'école. Parmi les jeunes interrogés par Petry et Avent [683], la moitié ont quitté l'école, ont été suspendus ou renvoyés. Selon Kurtz et al. [667], les itinérants ont plus de problèmes de décrochage scolaire que les fugueurs (pour la différence entre itinérants et fugueurs, voir plus loin). Enfin, l'étude de Smart et Ogborne [684] montre que les jeunes de la rue sont moins nombreux à fréquenter l'école que les jeunes domiciliés.

Par rapport au travail, l'étude de Van der Ploeg [681] montre que parmi ceux qui ne sont pas inscrits à l'école, seuls 13% ont un travail et ceux qui sont sans emploi le sont depuis plus d'un an. En ce qui a trait au statut d'employabilité, Dadds et al. [662] ont comparé un groupe de 117 jeunes

de la rue à un groupe de 124 domiciliés et n'ont trouvé aucune différence significative entre les deux groupes.

En ce qui concerne la famille de ces jeunes, l'étude de Zide et Cherry [659] fournit certaines informations intéressantes. Les auteurs montrent que 62% des jeunes viennent de familles nombreuses (5 personnes ou plus), que dans 65% des cas, les mères étaient présentes à la maison et que dans 40% des cas, les pères étaient présents. Enfin, 70% des sujets disent qu'il y avait des problèmes financiers à la maison. Selon d'autres études, les adolescents ne proviendraient pas d'un type particulier de famille: aucune appartenance des familles à un niveau socio-économique ou à un groupe ethnique particulier n'a été observée [666, 685].

Du rôle d'enfant, certains passeront rapidement au rôle de parent. L'étude de Feitel et al. [306], menée auprès de 150 jeunes (13-22 ans) choisis au hasard dans un refuge de New York, montre que 22% d'entre eux sont déjà des parents.

3.4 INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE

L'itinérance, chez ces jeunes, peut avoir débuté tôt dans l'adolescence. Par exemple, l'étude australienne de Dadds et al. [662] situe l'âge moyen de la première expérience de ce type à 12 ans. L'étude canadienne de Janus et al. [686], pour sa part, montre que la majorité de ces jeunes ont quitté le foyer au début du secondaire (*high school*).

Selon plusieurs auteurs, l'expérience de la vie de sans-abri n'est pas une expérience banale et accidentelle pour la majorité de ces adolescents. Par exemple, l'étude de Dadds et al. [662] montre que la durée de l'épisode actuel est, en moyenne, de 10,7 mois et que les périodes d'itinérance sont au nombre de 6,8, en moyenne. Dans celle de Shane [671], la moitié de ces jeunes étaient hors du foyer depuis plus d'un mois, 60% avaient vécu plus d'une période d'itinérance et la moitié de ces derniers en avaient déjà vécu au moins trois. L'étude torontoise publiée récemment par Janus et al. [686] arrive à des résultats similaires: 74% des sujets interrogés avaient fugué plus d'une fois et avaient été dans la rue durant plus d'un an.

L'instabilité résidentielle n'est pas une caractéristique homogène. Greenblatt et Robertson [663] observent que leurs sujets pourraient se diviser en trois groupes: 1) ceux qui sont sans abri pour la première fois et depuis moins d'un an (17%); 2) les «épisodiques», c'est-à-dire ceux qui ont eu plusieurs périodes d'itinérance mais dont le total ne dépasse pas 365 jours (44%); 3) les «chroniques», c'est-à-dire ceux qui ont vécu plus de 365 jours sans abri au cours de leur vie (39%). Kufeldt et Nimmo [687], pour leur part, observent aussi que l'instabilité résidentielle de ces jeunes n'est pas homogène et qu'une répartition en deux groupes émerge des résultats de leur étude: 1) les «in and out» qui partent en moyenne deux fois par an pendant environ deux semaines chaque fois; et 2) les vrais itinérants qui sont partis de la maison depuis une période variant de 1 mois à trois ans.

Greenblatt et Robertson [663] nous renseignent aussi sur certaines stratégies de survie de ces jeunes. Par exemple, les endroits habituels pour dormir sont: les endroits abandonnés, pour 33% des sujets, dehors, pour 21% des sujets, les refuges, pour 15%, les véhicules, pour 11% et d'autres endroits pour 20%.

3.4 ÉTIOLOGIE

Dans la littérature sur les jeunes, le choix et le poids des variables diffèrent en fonction des études, mais selon Cosgrove [656], les auteurs placent correctement le lieu de l'étiologie dans l'interaction entre l'individu et l'environnement social immédiat. Cette centration sur les causes proximales n'écarte pas l'influence considérable des forces socio-économiques plus larges, particulièrement sur l'importance de ce problème dans une société donnée. D'autres types de

causes sont aussi mentionnées par Martins et Ebrahim [674], comme la pauvreté, la marginalisation, l'exclusion, l'environnement urbain, les conflits armés. Bien que nous reconnaissons aussi l'influence de ces types de causes plus macrosystémiques, elles ne seront pas abordées davantage ici car il y a malheureusement très peu d'études qui ont tenté d'en faire la démonstration.

Les raisons invoquées pour expliquer la venue grandissante des jeunes parmi les sans-abri sont nombreuses: situation familiale, pauvreté, violence, difficultés scolaires et non-emploi. On s'entend généralement pour dire qu'il existe des interactions entre toutes ces explications et que ce sont les effets cumulatifs de ces interrelations qui font en sorte que des jeunes se retrouvent à la rue à un moment ou à un autre [665, 666, 673, 688-690].

Alors que dans les années '60, au temps du «flower children», les jeunes quittaient le domicile familial dans l'excitation et l'espoir de réaliser leurs rêves, les jeunes d'aujourd'hui quittent de plus en plus leur foyer dans l'unique but de fuir des situations familiales devenues intolérables. Ils se retrouvent donc sans abri suite à la rupture avec leur famille et à leur incapacité de trouver et d'utiliser les ressources disponibles [666, 691].

Les raisons principales qui poussent les adolescents à quitter leur foyer se situent à l'intérieur même de la famille. De façon générale, on parlera de problèmes familiaux et d'un manque de communication [665, 689].

Parmi l'ensemble des jeunes sans abri, ceux provenant de familles reconstituées ou formées d'un seul parent sont surreprésentés [666, 675, 685, 692]. Selon les études, la proportion de jeunes ayant vécu avec des parents divorcés varie de 57% à 73% [306, 663, 681]. D'autres données nous indiquent également que les parents ne sont pas toujours présents dans la vie de ces jeunes: 16% des jeunes n'ont pas connu leur père et 9% n'ont pas connu leur mère [663], 12% des jeunes avaient un des parents qui était décédé [681], 21% d'entre eux ont vécu avec des parents adoptifs [676] et 10% des jeunes sans-abri viennent de familles où aucun parent n'est disponible pour s'occuper d'eux [670]. Par conséquent, la proportion des jeunes provenant d'une famille traditionnelle intacte est relativement faible: elle varie de 14% à 25%, selon les études [666, 671, 685]. La proportion des jeunes provenant d'une famille intacte (biologique ou adoptive) ou reconstituée est, selon l'étude de Shane [671], de 40%.

Pour faire suite à ces facteurs liés à la structure de la famille, mentionnons où l'on s'est intéressé à la relation entre la composition de la famille et la fugue. Cette étude de Johnson et Peck, citée dans la revue de littérature de Robertson [669], montre que plusieurs fugueurs proviennent de familles nombreuses ou de familles où le fugueur est le plus jeune, ou encore, de familles où la fratrie est de sexe opposé.

Plusieurs jeunes mentionnent que ce sont les abus sexuels, physiques ou toute autre forme d'abus qui les ont incités à quitter le milieu familial [663, 678, 683, 687]. Même s'ils ne sont pas toujours mentionnés comme raisons de départ du foyer, les abus physiques, sexuels et émotionnels existent malheureusement pour plus de la moitié de ces jeunes [665, 685, 690]. Les études rapportent qu'ils sont victimes d'abus sexuels dans des proportions variant de 10% à 37,3% [306, 659, 671, 693]. Ils sont également victimes d'abus physiques dans des proportions variant de 40% à 50% [659, 671]. Parmi les jeunes interrogés par Warren et al. [693], les deux-tiers disent avoir subi une forme quelconque d'abus. Enfin, signalons que Whitbeck et Simons [678] établissent des relations statistiquement significatives entre l'abus dans la famille et le nombre de fugues.

Une étude canadienne de Janus et al. [686], menée auprès d'un échantillon de 195 fugueurs, porte spécifiquement sur les abus physiques (22 types de comportements abusifs étaient abordés dans le questionnaire). Dans l'ensemble, 86% des jeunes (74% des garçons et 90% des filles)

rapportaient au moins une expérience d'abus physique. Les résultats montrent aussi que ces adolescents ont été victimes d'abus extrêmes et chroniques et cela, à un jeune âge. Les abus ont souvent été commis par un parent biologique (plus souvent la mère) et cela, avant le premier épisode de fugue. Les filles sont à risque plus élevé que les garçons pour tous les types d'expériences abusives. Parmi les raisons invoquées pour expliquer la fugue, 40% mentionnent l'abus physique.

D'autres raisons liées au contexte familial peuvent expliquer pourquoi ces jeunes quittent leur foyer. Selon plusieurs études [306, 678, 683], la violence vécue dans la famille est rapportée dans une proportion variant de 44% à 72,1%. Les conflits familiaux vécus par ces jeunes sont également importants. Par exemple, 22% d'entre eux affirment que leurs parents les auraient ouvertement incités à partir [673], 38% mentionnent qu'ils ont été mis à la porte [686] et de 30% à 57% disent être en conflit avec leur parent [663, 686]. Athey [658], dans sa revue de la littérature sur le sujet, mentionne les conflits familiaux menant à une éviction comme un des quatre grands facteurs de risque de la condition de sans-abri chez les jeunes. D'autres raisons liées à la dynamique familiale ont également été retenues dans les études. Par exemple, la mauvaise communication est mentionnée par 53% des jeunes [687], 56% ont le sentiment de ne pas être aimés [686] et 48,6% mentionnent l'absence d'intérêt des parents [678].

Comparativement aux adolescents domiciliés, l'étude de Dadds et al. [662] montre que les jeunes de la rue rapportent plus de problèmes maritaux chez leur parents, une plus grande tendance à la surprotection et un niveau moins élevé de soins parentaux.

Certains ont aussi mentionné que les parents de ces jeunes présentaient beaucoup de problèmes [663, 670, 671]. Shane [671], par exemple, mentionnait un taux assez élevé d'abus d'alcool, de drogue, de maladie mentale, de violence et de problèmes financiers chez les familles de ces jeunes.

Les expériences de placements en famille d'accueil ou en centre d'accueil sont fréquentes chez ces jeunes. Selon les études, de 21% à 32% d'entre eux ont déjà été placés en famille d'accueil [676, 681] et 41% ont déjà été placés en centre d'accueil [676]. De plus, 79% des jeunes ont été placés en institution résidentielle [681] et 50% ont séjourné dans un centre de détention [676]. Athey [658], dans sa revue de la littérature sur le sujet, identifie les placements répétés comme un des quatre grands facteurs de risque de la condition de sans-abri chez les jeunes. Non seulement ces placements constituent-ils un facteur de risque mais ils pourraient également être un facteur de maintien dans cette condition. Selon l'étude de Stefanidis et al. [694], la difficulté à se stabiliser après avoir participé à un programme de traitement est reliée au nombre de placements dans l'enfance.

Ainsi, l'itinérance et la violence des rues apparaissent souvent plus attrayantes pour ces jeunes que le contexte familial dans lequel ils vivent [685]. Paradoxalement, une fois dans la rue, les jeunes auront tendance à reproduire le type de relation qu'ils vivaient avec leur famille [685, 695].

Au-delà des causes familiales, des raisons plus spécifiques aux adolescents peuvent les amener vers l'itinérance. Ainsi, pour certains, les difficultés rencontrées à l'école (relation avec les professeurs ou avec leurs pairs) représenteraient des motifs valables pour quitter leur foyer [673, 677, 688]. L'itinérance des parents a aussi été mentionnée comme une cause de l'itinérance des jeunes, les adolescents étant souvent séparés d'eux quand ils arrivent dans les refuges [658]. Dans l'étude de Whitbeck et Simons [678], en plus des facteurs déjà mentionnés plus haut, 41% des jeunes admettent avoir quitté leur domicile parce qu'ils étaient en difficultés et avaient peur de retourner à la maison, 26% affirmaient que c'était en raison de difficultés avec des amis, 18%, à cause de difficultés légales, 53%, pour la sensation («thrill») et 46%, à cause de l'influence d'un

ami. D'ailleurs les auteurs établissent des relations statistiquement significatives (chez les garçons mais non chez les filles) entre l'association à des pairs déviants et le nombre de fugues.

3.5 PROBLÈMES PARTICULIERS DES ADOLESCENTS SANS ABRI

3.5.1 Santé physique

Les sans-abri adolescents semblent en meilleure santé que leurs homologues plus âgés [156, 657]. De plus, les études qui datent d'une dizaine d'années montraient même qu'ils n'étaient pas en plus mauvaise santé que les jeunes de la population en général [675, 696]. Ces dernières années, une abondante littérature a cependant été publiée sur la séropositivité chez les adolescents itinérants et c'est maintenant l'une des principales préoccupations en ce qui a trait à cette population.

Une grande enquête de séroprévalence chez les jeunes vient d'être publiée (1995) par Sweeney et al. [697]. Cette étude a été menée auprès de 79 802 jeunes clients de 130 cliniques situées dans 24 villes différentes. À l'intérieur de cette grande enquête, cinq des sites étaient des centres pour jeunes itinérants. Dans ces centres, 1 658 garçons et 2 178 filles ont été testés par rapport à la séropositivité. La prévalence dans l'ensemble de ces centres était de 1,1%, variant de 0 à 4,1% selon les centres. En comparaison, la prévalence dans les cliniques médicales pour adolescents était de 0,2%; dans les centres correctionnels, elle était de 0,3 et de 0,5% dans les cliniques spécialisées dans le traitement des maladies transmises sexuellement. Les adolescents sans abri constituent donc un groupe particulièrement vulnérable.

La prévalence élevée de séropositivité observée dans les refuges pour jeunes a amené plusieurs chercheurs à s'intéresser aux facteurs de risque liés à la transmission du VIH. Ainsi, plusieurs facteurs liés au comportement sexuel de ces jeunes ont été mis en évidence.

La proportion d'adolescents sexuellement actifs est élevée chez ces jeunes et le nombre de partenaires sexuels aussi [657, 660, 663, 664, 679, 698, 699]. Par exemple, de 70% à 92% des jeunes seraient actifs sexuellement [663, 664, 679]. Dans l'étude de Kipke et al. [664], les jeunes affirmaient avoir eu une moyenne de 11,7 partenaires au cours du dernier mois. Dans celle de Greenblatt et Robertson [663], 30% des jeunes affirmaient avoir eu plus de 10 partenaires au cours de la dernière année.

Les adolescents sans abri débutent leurs activités sexuelles plus jeunes que les adolescents de l'ensemble de la population [660, 670, 698]. Ils utilisent fréquemment la sexualité comme stratégie de survie [306, 660, 663, 664]. Par exemple, environ le tiers des jeunes échangent des activités sexuelles contre de l'argent, de la nourriture ou de la drogue [663]. Aussi, 21% des garçons et 5% des filles ont déjà fait de la prostitution [306]. L'homosexualité ou la bisexualité sont relativement fréquentes, bien que la plupart des jeunes sans abri soient hétérosexuels [660, 663, 664, 679]. Dans l'échantillon de Kipke et al. [664], 40% étaient homosexuels ou bisexuels alors que dans celui de Forst [679], seulement 10,8% étaient homosexuels. Les maladies transmises sexuellement sont aussi fréquentes [679, 698, 700]: par exemple, dans l'échantillon de Forst [679], 37,9% en avaient déjà eues. Les moyens contraceptifs et le condom ne sont pas toujours utilisés [663, 679, 699].

Un deuxième type de facteurs liés à la transmission du SIDA concerne l'abus de drogues, intraveineuses ou non [658, 660, 664, 698, 699, 701]. La transmission du SIDA par le biais des drogues intraveineuses s'explique par le partage des seringues ou leur réutilisation sans nettoyage adéquat, ou encore, par les relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables [663, 699]. Par exemple, 2% des garçons et 16% des filles disent partager souvent les seringues, 33% d'entre eux avouent ne jamais les nettoyer [699] et 18% affirment avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires qui utilisaient des drogues injectables [663]. Même s'ils ne se piquent pas, ils

sont aussi plus à risque parce que l'alcool ou la drogue diminuent leurs inhibitions et ils ont plus d'activités sexuelles [660]. L'étude de Koopman et al. [701] a montré que l'abus de substances, même non injectables, est significativement relié à un plus grand nombre de partenaires et à une utilisation moins fréquente du condom. L'étude de Kipke et al. [664] montre que ceux qui abusent des drogues sont 3,6 fois plus susceptibles d'en utiliser pendant les relations sexuelles, 2,2 fois plus susceptibles de s'engager dans une sexualité de survie et 2,5 fois plus susceptibles d'avoir été diagnostiqués pour une maladie transmise sexuellement. Les données spécifiques à la consommation d'alcool et de drogues sont présentées plus loin dans ce chapitre.

En conclusion, les comportements d'utilisation de drogues et les comportements sexuels à risque élevé sont très fréquents et interreliés dans ce monde des jeunes de la rue [664]. De plus, la séropositivité est significativement reliée à la durée de l'itinérance [658]. Comme le signalait Clatts [702], il faut être réaliste, la prévention du SIDA est un problème social.

D'autres types de problèmes de santé ont également été identifiés dans les études. Les grossesses non désirées représentent un problème important chez cette jeune population: un tiers des adolescentes ont déjà été enceintes [675, 679]. Dans l'échantillon de Forst [679], 5,6% des sujets avaient une hépatite B. Wright [680], qui a comparé un échantillon de 1694 jeunes itinérants à un échantillon de jeunes domiciliés, observe que les jeunes itinérants présentent davantage de troubles aigus, de troubles chroniques (le double), de problèmes liés à l'alimentation, de maladies transmises sexuellement (chez les filles, ce taux est trois fois plus élevé), de grossesses non désirées et de troubles mentaux. Dans l'étude de Shane [671], un jeune sur six rapporte des problèmes de santé physique.

Enfin, la mauvaise nutrition chez les jeunes peut entraîner des répercussions non souhaitables chez les enfants des jeunes mères [657].

3.5.2 Santé mentale

Contrairement aux itinérants adultes, les adolescents itinérants ont été beaucoup moins étudiés sur le plan de la santé mentale. Un certain nombre d'études abordent néanmoins cet aspect.

En ce qui a trait aux hospitalisations en psychiatrie, on retrouve des prévalences de 20 à 25% selon deux études [306, 663]. Ces prévalences sont à peine moins élevées que celles observées chez les adultes itinérants.

Greenblatt et Robertson [663] rapportent des prévalences élevées de troubles mentaux sévères, notamment, les troubles de la conduite avec agression, la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique et l'anxiété.

Par rapport aux adolescents domiciliés, la prévalence de troubles mentaux (DSM-III) est trois fois plus élevée chez les jeunes itinérants. Feitel et al. [306] rapportent, pour leur part, des prévalences de 59,3% de troubles de la conduite, de 49,3% de troubles affectifs majeurs et de 52% d'épisodes maniaques. D'autres études montrent également que les jeunes itinérants présentent davantage de problèmes de dépression que les jeunes domiciliés [663, 667].

L'étude australienne de Dadds et al. [662] montre que les jeunes de la rue rapportent l'incidence la plus élevée de problèmes psychologiques: 20% à 40% des sujets obtiennent un score se situant dans l'étendue clinique de chaque sous-échelle du «Achenbach Youth Self-Report Form».

Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires constituent d'autres problèmes fréquents mentionnés par les auteurs. Dans sa revue de littérature, Athey [658] mentionne que la tentative de suicide est associée à la condition de sans-abri chez les jeunes. Les études montrent que de 15 à

42% des jeunes sans abri ont déjà fait une tentative de suicide [306, 670, 671, 676] et de 37 à 41% ont des pensées suicidaires [306, 703]. Parmi les jeunes interrogés par Simons et Whitbeck [703], 37% des sujets se sentent tristes, 36% sont découragés face à l'avenir et 34% sont déçus d'eux-mêmes.

Certains ont étudié d'autres concepts psychologiques comme l'estime de soi ou le sentiment de sa valeur personnelle. Kurtz et al. [667] montrent que les itinérants ont une plus faible estime de soi que les non-itinérants. De la même manière, dans l'étude de Masten et al. [704], les adolescents sans abri ont un sentiment plus faible de leur valeur personnelle que les adolescents domiciliés pauvres.

3.5.3 La consommation d'alcool et de drogues

La consommation d'alcool chez les adolescents itinérants est un comportement fréquent. L'étude de Koopman et al. [701] montre que la plupart de ces jeunes consomment de l'alcool (71%).

Comparativement aux adolescents domiciliés, les adolescents itinérants ont des taux de consommation d'alcool plus élevés. Smart et Adlaf [676] observent que 53% des jeunes itinérants consomment de l'alcool chaque semaine. Ce chiffre est de 26% chez les adolescents domiciliés. De même, Kipke et al. [705] calculent que le risque de consommer de l'alcool est cinq fois plus élevé chez les itinérants par rapport aux non-itinérants.

A notre connaissance, peu d'études ont traité du problème de l'alcool chez les jeunes sur le plan de la prévalence du trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool. Smart et Adlaf [676] ont utilisé un test de dépistage bien connu, le CAGE, pour rapporter la prévalence du problème d'alcool chez les adolescents itinérants. La prévalence observée est de 46%. Cependant, bien que le CAGE possède de bonnes propriétés psychométriques, il n'est pas un instrument diagnostique. Ainsi, la prévalence observée ne peut pas être considérée comme étant celle du trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool. Par contre, Greenblatt et Robertson [663] ont utilisé un instrument diagnostique et il est intéressant de constater que ces auteurs observent une prévalence du trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool de 48%, donc similaire à celle observée par Smart et Adlaf [676]. Ce taux serait 6 à 8 fois plus élevé que celui observé chez les adolescents domiciliés.

En ce qui concerne les problèmes liés à l'usage de drogues, il y a beaucoup plus de données disponibles. Ce type de problème semble avoir été étudié davantage en raison de son rôle possible dans la transmission du SIDA.

L'usage de drogues est un comportement courant chez les adolescents itinérants. Les études montrent que de 46 à 75% de ces jeunes disent avoir déjà consommé de la drogue [659, 675, 701]. Le quart des jeunes interrogés par Koopman et al. [701] disent avoir consommé de la drogue de façon régulière au cours des 3 derniers mois.

Quelques études ont permis de montrer que les adolescents sans abri sont plus nombreux à consommer des drogues et à présenter des problèmes liés à cette consommation que les adolescents domiciliés. Selon les études, comparativement aux jeunes domiciliés, les jeunes sans abri sont 10 fois plus nombreux à consommer des drogues [676], 10 fois plus nombreux à affirmer qu'ils ont des problèmes liés à l'usage de drogue [676] et ils ont une prévalence 5 fois plus élevée du trouble d'abus de drogue [663]. L'usage de drogues multiples est fréquent chez les jeunes sans abri. Ils ont consommé, en moyenne, 3,9 types de drogues au cours des 12 derniers mois [676] et leur consommation, par rapport aux différentes drogues, est plus élevée que chez les jeunes domiciliés [676, 705]. À titre d'exemple, comparativement à ceux-ci, ils consomment 5 fois plus de marijuana et d'inhalants, 7 fois plus de stimulants, 8 fois plus d'hallucinogènes et 18 fois plus de narcotiques [705]. Quant au risque d'utiliser des drogues injectables, il est 53 fois plus élevé chez

les jeunes sans abri que chez les jeunes domiciliés et plus de la moitié des jeunes sans abri qui disent en avoir utilisées l'ont fait au cours des 30 derniers jours [664, 705].

L'étude de Smart et Ogborne [684] amène un type d'informations différent. Ils ont comparé 261 jeunes de la rue à 586 domiciliés. Tous ces jeunes étaient des clients de centres de traitement pour abus de substances en Ontario. Cette étude permet donc de voir en quoi se distinguent les toxicomanes sans abri des toxicomanes domiciliés. Les auteurs ont observé que les toxicomanes itinérants étaient plus nombreux à consommer du crack et de la cocaïne, à être en probation ou en attente de procès, à avoir déjà reçu une quelconque forme d'aide, à avoir été victimes d'abus physiques et à avoir tenté de se suicider. Forst et Crim [706] ont fait un exercice du même genre en comparant un groupe d'adolescents itinérants à un groupe de délinquants. Les résultats montrent que les itinérants sont plus nombreux à utiliser des drogues intraveineuses que les délinquants (16,2% vs 2,5%) ou à avoir des partenaires sexuels qui utilisent des drogues injectables.

L'étude torontoise de Smart et Adlaf [676] a permis de voir la répartition des jeunes itinérants par rapport aux deux problèmes (drogue et alcool). Les résultats montrent que seulement 12% ne présentent aucun de ces deux problèmes, 9% présentent seulement un problème d'alcool, 23%, seulement un problème de drogue et 56% présentent les deux problèmes à la fois. C'est donc dire que les deux problèmes sont très présents chez les jeunes itinérants et que très souvent ces deux problèmes sont présents en même temps.

Plusieurs chercheurs ont étudié les facteurs associés à la présence d'un problème d'abus d'alcool ou de drogues. Koopman et al. [701], par exemple, ont étudié certains facteurs socio-démographiques. Les résultats de leur étude montrent que l'usage de substances toxiques est un comportement plus fréquent chez les garçons que chez les filles et que cet usage tend à être plus fréquent chez les sujets plus âgés. Kipke et al. [705], pour leur part, montrent que l'abus de substances est significativement associée à la tentative de suicide, à une histoire d'abus physique ou sexuel et à la prostitution comme sexualité de survie. Ils notent aussi que les sujets qui ont été itinérants plus longtemps sont plus susceptibles de consommer de l'alcool, des stimulants, des narcotiques et des drogues injectables. Dans le même sens, Smart et Adlaf [676] ont observé que la variété de drogues utilisées au cours des 12 derniers mois augmente en fonction de la durée de l'itinérance et aussi en fonction du fait que l'on consomme des drogues dans le but de faire face à la vie (coping). D'autre part, la variété de drogues utilisées diminue en fonction de l'utilisation plus grande des refuges. De la même manière, les problèmes d'alcool sont associés aux deux derniers facteurs (faire face à la vie et utilisation des refuges).

3.5.4 Criminalité

La criminalité vient compliquer le tableau clinique du jeune itinérant. Ici, il s'agit aussi bien d'actes criminels qu'ils ont commis que d'actes criminels dont ils ont été les victimes.

En ce qui concerne les actes criminels qu'ils commettent, l'étude de Greenblatt et Robertson [663] montre que les comportements agressifs sont fréquents chez les jeunes sans abri. Par exemple, 70% des jeunes interrogés dans cette étude ont affirmé avoir déjà commis un vol, 26% ont été impliqués dans un incendie criminel et 48%, dans la destruction de la propriété d'autrui. Shane [671], pour sa part, observe qu'un sujet sur quatre a des problèmes avec la justice. Simons et Whitbeck [703] montrent que 60% des fumeurs interrogés admettent avoir volé dans un magasin, 30% ont vendu de la drogue, 28% ont déjà commis un vol par effraction et 11% font de la prostitution. Ces auteurs ont aussi tenté de cerner l'influence de pairs déviants sur ces fumeurs. À cet égard, ils rapportent que 76% ont un ami qui a déjà volé dans un magasin, 58%, un ami qui a fait un vol par effraction et que 29% ont un ami qui se prostitue. De plus, ces fumeurs sont nombreux à avoir été témoins ou à avoir été victimes de violence: 53% ont vu quelqu'un se faire battre, 38% ont vu quelqu'un se faire voler, 43% ont vu quelqu'un se faire attaquer avec une arme,

11% ont vu quelqu'un se faire violer; 41% ont été battus, 24% se sont fait voler, 30% ont été attaqués avec une arme et 26% se sont fait violer.

Il est fréquent que les adolescents soient approchés pour participer à des activités illégales. Dans l'étude de Kufeldt et Nimmo [692], les deux-tiers des adolescents ont affirmé l'avoir été. Le commerce de la drogue, la prostitution et la pornographie peuvent représenter pour eux des moyens de survie qui, paradoxalement, peuvent aussi être très dangereux [657, 690]. L'étude de Kipke et al. [664] montre que 20% des sujets étaient impliqués dans la vente de drogue. Par contre, il semble que seulement 20% des jeunes sans abri vivaient de la prostitution [685]. Cependant, Price [685] nous met en garde de ne pas confondre les jeunes sans abri et les jeunes qui font de la prostitution, ces deux populations étant très différentes.

Whitbeck et Simons [678, 707] amènent un point de vue intéressant en utilisant la théorie de l'apprentissage social pour mettre en lien trois éléments qui semblent caractéristiques de l'expérience de l'adolescent sans abri: l'abus dans l'enfance, le comportement déviant et le fait d'être victime d'actes d'agression. Selon cette approche développementale, l'enfant apprend très tôt les comportements agressifs en raison de l'«entraînement de base» qui lui est fourni par sa famille, elle-même agressive et coercitive. Ceci l'amène à fuguer et à avoir des comportements antisociaux. Une fois dans la rue, la probabilité qu'il adopte des stratégies de subsistance déviantes augmente, lesquelles, à leur tour, augmentent la probabilité qu'il devienne victime d'actes d'agression. Les auteurs ont testé ce modèle en étudiant un échantillon de 156 itinérants adolescents et un échantillon de 319 itinérants adultes. Les données tendent à confirmer ce modèle chez les deux groupes mais les adolescents sans abri sont plus susceptibles que les adultes sans abri de venir de familles abusives, d'avoir des stratégies de survie déviantes comme le vol, la vente de drogues ou la prostitution, et d'être victimes d'actes criminels.

En effet, les adolescents représentent un sous-groupe très vulnérable à la victimisation sur la rue et leurs problèmes de santé physique (traumatismes, MTS) résultent souvent de la violence qu'ils subissent [156].

3.6 LES RAPPORTS AUX SERVICES

3.6.1 Besoins de services et difficultés d'intervention

Le système de soins représente pour les jeunes un ensemble de services plus ou moins accessibles, ceci, dû au manque d'information, à la peur de la non-confidentialité et surtout aux frais requis pour accéder aux soins de santé (États-Unis, par exemple) [657]. De plus, étant mineurs, ils font face à des barrières encore plus importantes. En effet, pour recevoir la plupart des soins de santé, les moins de 18 ans ont souvent besoin d'avoir le consentement de leurs parents [657, 670, 690]. C'est pourquoi, dans certains états américains, on a créé le statut de «mineur émancipé» qui, sous réserve de certaines conditions, permet aux jeunes de consentir eux-mêmes aux soins qu'ils doivent recevoir. Heureusement, pour certains soins (grossesse, MTS, urgence, toxicomanie) le consentement des parents n'est pas nécessaire [657].

Suite à la description que nous venons de faire des adolescents itinérants, il est évident que leurs besoins sont multiples en termes de services. Ils sont multiples parce que cette population est hétérogène, ainsi que les auteurs qui ont tenté de faire des typologies l'ont montré. En réponse à ces besoins multiples et en l'absence de typologies démontrées, une approche globale apparaît, pour plusieurs, le moyen de répondre aux besoins des adolescents itinérants. À la suite des résultats de son étude, Forst [679] suggère une approche en vertu de laquelle les services disponibles incluraient aussi bien des examens physiques que des examens psychologiques, des séances d'éducation sexuelle et de planning familial, des services psycho-sociaux et des soins de santé mentale. Il importe également de prendre en considération le fait que les jeunes itinérants sont plus susceptibles de s'engager dans des activités reliées à la prostitution et, conséquemment, sont

plus vulnérables aux MTS. Enfin, l'auteur montre l'importance de rejoindre, par des programmes de type «outreach», les jeunes qui ne recourent pas aux services de santé. De même, Rotheram-Borus [670] élabore un certain nombre de recommandations visant à répondre adéquatement aux besoins des jeunes sans abri: bien connaître leurs besoins, faire des interventions à différents niveaux, répondre d'abord aux besoins essentiels, fournir des services préventifs aux familles dysfonctionnelles de manière à réduire le nombre de jeunes itinérants, mieux coordonner les services des différentes ressources pour s'assurer que le jeune reçoive tous les soins dont il a besoin et lui fournir un «agent de suivi» qui va s'occuper de le diriger de manière adéquate vers les différents services dont il a besoin. Cette dernière recommandation a aussi été faite par Athey [658].

La population itinérante est reconnue comme étant réfractaire aux services qui lui sont offerts. Les jeunes sans abri ne font pas exception à cet énoncé. On pourrait même dire qu'ils sont plus méfiants que leurs homologues plus âgés. En effet, la différence d'âge entre ces jeunes et les professionnels ou les intervenants fait en sorte que la relation de confiance s'établit difficilement ou pas du tout [657, 689]. Par exemple, les jeunes d'âge mineur peuvent craindre d'être dénoncés.

Certains jeunes vont, par contre, utiliser les programmes existants dans le but de stabiliser leur vie et quitter le monde de la rue. D'autres vont aller d'un refuge à l'autre pour éviter le stress engendré par les contacts réguliers avec le personnel ou les autres résidents. Enfin, il existe des jeunes qui évitent complètement les services et optent pour la vie de «gang» dans des immeubles désaffectés où la sécurité est loin d'être assurée (incendie, violence, etc.) [685]. Ces derniers sont les plus difficiles à rejoindre. Morrisette [708] suggère quelques stratégies d'engagement avec les jeunes difficiles d'approche: démontrer un respect immédiat; être très accueillant, respecter les besoins du client; ne pas lui fixer des buts irréalistes; ne pas se mettre en relation de pouvoir; mettre en garde le jeune par rapport à une confiance trop rapidement donnée à l'intervenant; complimenter et encourager les efforts déployés par le jeune; faire ressortir ses forces; faire comprendre au jeune que son réseau social est important et qu'il doit impliquer celui-ci dans son plan de traitement; enfin, lui faire comprendre que l'intervenant ne doit pas être la seule personne significative dans la vie du jeune.

L'aspect sexualité (MTS, grossesse) étant très présent chez ces jeunes, de même que les toxicomanies, il est indispensable de mettre sur pied et de leur offrir des programmes de prévention et d'intervention dans ces domaines [657, 688, 690]. À l'heure actuelle, la plupart des programmes qui visent à contrer les problèmes d'alcool et de drogues excluent les adolescents [657].

En ce qui a trait aux problèmes de santé mentale, Reilly et al. [709] notent que malgré les prévalences élevées, les jeunes itinérants utilisent peu les services. Par conséquent, il recommande d'améliorer les échanges entre les professionnels de la santé mentale et les ressources qui desservent les jeunes itinérants.

3.6.2 Services spécifiques

Kufeldt [710] conclut sa revue de la littérature sur le sujet par des recommandations de l'ordre des politiques et de la prévention. Il suggère d'appuyer les familles monoparentales et l'environnement scolaire, de faciliter l'accès aux services par les jeunes eux-mêmes, de réformer les centres d'accueil et de répondre à leurs besoins de soutien et de sécurité plutôt que d'essayer de les contraindre et de les contrôler.

Plusieurs ont tenté de réintégrer de diverses façons les jeunes dans leur famille mais ce type de service n'a été efficace que chez une faible proportion de ceux-ci [666]. Étant donné le rôle important que jouent les familles dans la situation des jeunes sans abri, il serait bon d'évaluer la

situation familiale. En effet, quand cela est possible (selon les désirs du jeune et des parents) des programmes du genre «thérapie familiale» pourraient être offerts de façon à favoriser le retour de ces jeunes (surtout les mineurs) à leur domicile familial [665].

Ray et Roloff [711] décrivent un programme qu'ils ont mis en place dans une communauté de taille moyenne pour s'attaquer au problème des jeunes de la rue. Ils ont procédé de manière graduelle. Au début, ils n'offraient que de la nourriture aux jeunes. Par la suite, ils leur ont offert du counseling ainsi qu'un endroit pour se réunir en soirée. Quelques temps après, on leur offrait un endroit pour passer la nuit où il y avait un minimum de règlements. Finalement ils ont ouvert une école alternative pour ces jeunes. Bien qu'ils aient distribué des questionnaires à la clientèle, ils n'ont pas procédé à une réelle évaluation d'impact.

Dans la même foulée, Trubilin et Zaitsev [712] décrivent le «Moscow Street Children Project». Ce projet a consisté à rassembler les efforts d'un grand nombre d'organisations fédérale, municipale, sociale, charitable, religieuse, commerciale et autres, afin de surmonter le problème des jeunes de la rue. Le projet comprenait huit champs d'activités: analyse du problème, analyse des services existants, gestion de projet, actions prioritaires, financement, expansion, législation et collaboration internationale.

Le programme «Stepping Stone» a été décrit par Petry et Avent [683]. Ce projet a comme philosophie de base «l'empowerment». Ainsi, les jeunes sont encouragés à prendre le contrôle sur leur propre destinée et à assumer leur responsabilité par rapport à leurs comportements. «Stepping Stone» est un refuge de Los Angeles qui accueille des jeunes de 7 à 17 ans. La durée de séjour est de 14 jours. Les services offerts sont: l'intervention de crise, le counseling (individuel, de groupe et familial) et les services sociaux, médicaux, légaux et éducatifs. Ce programme possède aussi une composante d'intervention par les pairs. Le consentement des parents est nécessaire pour que les jeunes puissent venir au refuge. Un contrat est établi avec le jeune. Les auteurs présentent une description de la clientèle de ce programme. Ils ont également effectué un suivi, auprès des jeunes qui avaient renoué avec leur famille à divers intervalles: deux, six et 12 mois après leur sortie du programme. Après deux mois, 57% des jeunes restaient encore à la maison avec leurs parents. À six mois, cette proportion était de 54%. Après six mois, les auteurs avaient rejoint 43% des sujets et parmi ces derniers, environ 50% rapportaient que la communication avec les parents s'était améliorée. En raison de l'absence de groupe-contrôle, l'efficacité de ce programme n'est toutefois pas démontrée.

De plus, plusieurs services à vocations multiples tentent de répondre aux besoins des jeunes. «Bridge over Troubled Waters», par exemple, est une ressource multiservice implantée à Boston pour les adolescents et les jeunes adultes. On y offre entre autres des soins dentaires et médicaux, des services éducatifs, un refuge d'urgence et des programmes de parrainage. La philosophie de cette ressource prend sa source dans la patience et le respect du cheminement des jeunes [685]. Des services du même genre existent aussi dans d'autres régions: «Angel's Flight» à Los Angeles, «Children of the Night» à Hollywood, «Covenant House» à New York, etc. [156, 688].

Teare et al. [713] décrivent un programme implanté à l'intérieur d'un petit refuge pour jeunes. Il s'agit d'un programme de type motivationnel fondé sur un système de récompense. On y enseigne de nouvelles habiletés en mettant l'accent sur les comportements positifs plutôt qu'en se centrant sur les comportements négatifs. Dans ce programme, une orientation «consommateur» a été favorisée. En d'autres termes, cela signifie que des mécanismes permettent de faire une évaluation continue de la satisfaction du client au regard des différents aspects du programme. Les habiletés sociales enseignées sont reliées aux problèmes identifiés chez les jeunes lors de leur admission. Par exemple, ces habiletés peuvent avoir pour objectif d'aider les jeunes à prévenir la fugue, à suivre les instructions des adultes, à accepter la critique et à solutionner leurs problèmes. Les jeunes gagnent des points et des privilèges peuvent être obtenus par ces points. Les résultats

de l'évaluation d'implantation du programme montrent que la durée moyenne de séjour est de 16,7 jours. Ils démontrent également une fréquence élevée d'interventions visant l'acquisition d'habiletés sociales, des niveaux élevés de satisfaction à l'égard du programme et une fréquence relativement faible de comportements négatifs durant le séjour. Ce programme, fondé sur l'enseignement des habiletés sociales, est intéressant parce qu'il peut être implanté dans d'autres refuges. Malheureusement, aucune évaluation ne permet de déterminer l'efficacité d'un tel programme quant à la réinsertion de ces jeunes.

Un autre programme pouvant être implanté à peu de frais dans les refuges mérite d'être signalé. Podschun [714] décrit ce programme novateur de type «outreach» visant à prévenir la transmission du VIH. Ce programme, mis sur pied à San Diego, est fondé sur l'intervention par les pairs. Trois à cinq jeunes sont entraînés pour intervenir auprès de 1000 adolescents itinérants. Ces jeunes sont jumelés à des intervenants adultes qui font des interventions de type «outreach» dans trois programmes différents destinés aux jeunes itinérants. Ils ont intégré ce programme à d'autres services qui permettent d'assurer les besoins essentiels. L'originalité de ce projet, au regard de la prévention du SIDA, est qu'il permet d'atteindre une clientèle qui, parce qu'elle ne fréquente pas l'école, est difficile à rejoindre. En plus de distribuer des condoms et des seringues, les jeunes intervenants tentent de changer les normes prévalant à l'intérieur du groupe, de façon à ce que les jeunes adoptent un comportement plus sécuritaire par rapport à la sexualité («safe sex»). Ce programme ne fait pas compétition aux autres puisqu'il s'intègre à ceux-ci. Il n'y a pas eu d'évaluation d'impact de ce programme mais certains aspects du processus ont été évalués.

Un autre programme visant la prévention du SIDA chez les adolescents sans abri a été décrit par Rotheram-Borus et al. [660]. Le cadre conceptuel sous-jacent à ce projet est la théorie de l'apprentissage social. Il s'agit d'un programme intensif, intégré dans les refuges et réalisé en un minimum de 10 sessions. Ses composantes majeures sont l'entraînement aux habiletés de coping et d'affirmation de soi et l'acquisition de connaissances et d'attitudes positives par rapport à une sexualité sécuritaire. De plus, les comportements à risque de chacun sont identifiés, ordonnés selon le degré de risque et font systématiquement l'objet d'une intervention. Un soutien constant par rapport aux changements de comportements est offert. Ces aspects du programme s'apparentent beaucoup à ce qui se fait en matière de prévention auprès d'autres populations. Les auteurs ont toutefois ajouté deux nouvelles composantes pour tenir compte des besoins particuliers des jeunes itinérants: 1) référence à des services de soins continus qui tiennent également compte des besoins de soins en santé mentale; 2) soutien particulier aux changements de comportements: protocoles administratifs visant à anticiper les crises et à établir un réseau de services à niveaux multiples développés dans les ressources communautaires et formation des intervenants des refuges. Avec ce type de programme, le problème subsiste chez ceux qui ne fréquentent pas les refuges. Pour ces derniers, l'auteur suggère de structurer les programmes différemment: se déplacer dans la rue et donner des informations aux jeunes dans les endroits où ils se tiennent.

Par rapport aux problèmes d'alcool et de drogues, Lowry [715] décrit un outil qui pourrait être utilisé par les travailleurs de rue ou les «counsellors» afin de changer les habitudes de consommation chez les jeunes de la rue. Il s'agit de matériel audio-visuel ou imprimé de type bande dessinée, genre «Karate Kids».

3.7 CONCLUSION

Les jeunes occupent une place de plus en plus importante parmi la population des sans-abri. En effet, bien que les études permettant d'évaluer l'étendue exacte du phénomène soient presque inexistantes, plusieurs auteurs observent néanmoins sa recrudescence constante depuis 15 ans. En outre, les adolescents sans abri connaissent leur premier épisode d'itinérance alors qu'ils sont en général très jeunes. Ces épisodes ne sont pas accidentels mais le plus souvent très fréquents et d'une durée assez longue.

Les recherches effectuées jusqu'à présent ont permis d'identifier certains éléments apportant une meilleure connaissance de cette population. Une des conclusions importantes qui se dégage a trait au caractère hétérogène du sous-groupe des adolescents sans abri. Malgré la diversité des typologies élaborées, on s'entend en général pour distinguer les adolescents sans abri selon le caractère volontaire ou involontaire de leur situation.

Les raisons qui permettent d'expliquer l'itinérance chez ces jeunes sont multiples et c'est, en général, l'effet cumulatif de plusieurs facteurs qui précipitent les jeunes dans la rue. Quoi qu'il en soit, l'importance que joue la famille est largement démontrée dans la littérature qui porte sur le sujet. Souvent, les jeunes laissent le foyer dans le but de quitter une situation familiale intolérable. Il est d'ailleurs fréquent qu'ils aient été victimes d'abus physiques, sexuels et émotionnels.

Les problèmes qui affligent les jeunes itinérants sont nombreux. Les plus fréquents sont la séropositivité, les maladies transmises sexuellement, les grossesses non désirées et les problèmes de drogue et d'alcool. Quant à la santé mentale, cet aspect a été peu étudié en ce qui a trait aux jeunes itinérants, contrairement aux itinérants adultes. Plusieurs auteurs affirment toutefois que la prévalence des troubles mentaux est élevée parmi cette population. Enfin, l'accès de ces jeunes à différents services est jalonné d'obstacles.

Finalement, on sait que plusieurs de ces jeunes voudraient enfin trouver la place qui leur revient dans la société afin de pouvoir vivre de façon autonome. Il ne leur manque que les outils nécessaires à la réalisation de ce désir.

Il reste encore beaucoup à faire en termes de recherche afin de permettre d'élargir davantage l'état des connaissances sur les jeunes sans abri. Par la suite, des interventions nouvelles et appropriées pourront être développées.

Chapitre 4

LES PERSONNES ÂGÉES

Julie GAUDREAU, Micheline OSTOJ, Louise FOURNIER

Dans la population en général, un individu est habituellement considéré «âgé» lorsqu'il atteint l'âge de 65 ans. Dans la population itinérante, cette limite d'âge est plus jeune. Selon les études, les personnes âgées de 50 ans et plus ou encore celles âgées de 60 ans et plus sont désignées par les auteurs comme faisant partie de la population itinérante âgée.

Les personnes âgées représentent une faible proportion de la population itinérante. C'est la raison principale pour laquelle elles sont peu étudiées et souvent négligées quand il s'agit de répondre à leurs besoins en termes de services. En fait, la proportion de personnes âgées parmi les itinérants est plus petite que celle que l'on retrouve dans l'ensemble de la population [53]. Selon les études, la population itinérante est composée de 2,5% à 8% d'individus âgés de 60 ans et plus alors que dans l'ensemble de la population, cette proportion se situe aux environs de 20% [18, 251, 691, 716, 717]. Plusieurs hypothèses sont proposées pour tenter d'expliquer la faible représentation des personnes âgées parmi les itinérants:

- 1) ayant atteint l'âge de 65 ans, la personne devient éligible à différents bénéfices tels que la sécurité sociale, la pension de vieillesse, l'accès aux résidences pour personnes âgées, l'assurance-maladie, etc. Ces divers avantages peuvent aider les itinérants âgés à quitter le monde de la rue ou prévenir, dans une certaine mesure, que des personnes s'y retrouvent [431, 718];
- 2) l'espérance de vie des itinérants est probablement moins élevée en raison des conditions difficiles liées à leur mode de vie [431, 718];
- 3) enfin, il est possible que les personnes âgées soient sous-représentées dans les différentes études portant sur les itinérants à cause d'un échantillonnage restrictif [718]. L'étude de Bissonnette et de Hijjazi [719], réalisée à Boston, fait ressortir une plus grande représentation de personnes âgées dans la population itinérante. Suite à leur enquête d'une nuit et à des informations obtenues par des intervenants sociaux, les auteurs démontrent que 24% des itinérants sont des personnes âgées de 50 ans et plus. En deux ans, le nombre de personnes âgées itinérantes aurait augmenté de 50% dans cette région. De plus, les enquêtes sont faites principalement dans les refuges alors que les personnes âgées sont particulièrement réticentes à utiliser les refuges qu'elles considèrent comme dangereux [18, 716, 720].

Les personnes qui se retrouvent itinérantes à un âge avancé n'en sont habituellement pas à leur première expérience. Parmi les itinérants rencontrés par Ladner [717], 47% n'en sont pas à leur premier épisode d'itinérance. Aussi, Doolin [720] qui divise les itinérants en trois catégories -

chroniques, désinstitutionnalisés et temporaires - soutient que l'on retrouve davantage de personnes âgées chez les itinérants chroniques.

Étant donné la faible représentation des personnes âgées parmi la population itinérante, la littérature qui porte sur ce sujet est peu volumineuse. Les études qui se sont attardées à cette population présentent tout de même des informations intéressantes, tant sur les raisons qui l'ont menée à l'itinérance que sur les particularités de cette population en regard des différents problèmes de santé qu'elle présente. De plus, des programmes spécifiques aux itinérants âgés ont été créés et leurs avantages et limites ont été décrits.

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La proportion d'hommes et de femmes chez les personnes âgées itinérantes varie selon les études. Eckert [721], qui a étudié des résidents de maisons de chambres âgés de 50 ans et plus, fait état d'une proportion de 10% de femmes. L'étude de Ladner [717], qui s'est déroulée dans 14 refuges de New York, montre que 33% des participants âgés de 60 ans et plus sont des femmes. De façon différente, l'étude de Fournier [53], menée auprès de l'ensemble de la population itinérante de Montréal, montre que 18,1% des hommes itinérants sont âgés de 60 ans et plus alors que seulement 7,3% des femmes itinérantes se retrouvent dans cette catégorie d'âge.

En ce qui concerne l'âge, les personnes âgées itinérantes auraient une moyenne d'âge moins élevée que les personnes âgées de la population en général. Dans l'étude de Ladner [717], 60% des itinérants âgés de 60 ans et plus de New York ont entre 60 et 64 ans. La proportion observée pour ce groupe d'âge chez les résidents de cette même ville est de 27%. Dans l'étude de Bissonnette et Hijjazi [719], effectuée auprès d'un échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus, 55% des itinérants ont entre 50 et 61 ans.

Les itinérants âgés se distinguent aussi des autres itinérants par le fait qu'un plus grand nombre d'entre eux ont été mariés [717] et que la plupart ont travaillé pendant la plus grande partie de leur vie [722].

4.2 ÉTIOLOGIE

Les facteurs qui expliquent la présence de personnes âgées parmi la population itinérante sont nombreux et diffèrent peu de ceux des autres groupes d'âge. Ces itinérants ont souvent été affectés par des situations familiales difficiles dans l'enfance, la déviance sociale, une sous-scolarisation, un travail itinérant (marine marchande) ou peu spécialisé (travail journalier), la pauvreté, et des troubles physiques, mentaux et d'alcoolisme qui diminuent leur habilité au travail [716, 720, 723]. Des facteurs résidentiels tels que l'augmentation des coûts de logement, l'insuffisance de logements à prix modique, la disparition des maisons de chambres ou le fait d'avoir été évincé de son logement peuvent aussi contribuer à la venue de personnes âgées parmi les itinérants [717, 719, 720, 723].

À titre d'exemple, 60% des personnes âgées de 60 ans et plus interrogées par Ladner [717] expliquent leur arrivée au refuge à la suite d'une perte de leur logement, perte résultant d'un manque d'argent, alors que 24% disent en avoir été expulsées parce qu'elles n'étaient plus acceptées par les autres locataires. Dans cette étude, les principales barrières à une vie indépendante identifiées par les répondants sont la faible scolarité (74%) et les problèmes médicaux (57%).

Dans une entrevue accordée à Linehan [722], Crane affirme que 22% des personnes itinérantes qu'elle a interviewées dans la rue attribuent leur situation à des conflits maritaux ou au décès du (de la) conjoint(e), 15%, à des problèmes de logement, 13%, au manque de travail ou à la retraite et 45%, à des problèmes psychiatriques. Crane a aussi observé un nombre élevé d'anciens militaires au sein de cette population. Selon leurs dires, les tueries qu'ils ont vues leur ont causé de

graves problèmes émotionnels, ils ont été renvoyés de l'armée, se sont retrouvés devant rien et sont itinérants depuis ce temps.

D'autres auteurs ont aussi démontré que la détresse psychologique vécue à la suite de la séparation ou de la mort du conjoint peut mener à l'itinérance [716, 723].

4.3 PROBLÈMES PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES

4.3.1 Santé physique

Les itinérants âgés, de par leur âge avancé et les conditions dans lesquelles ils vivent, ont des problèmes importants de santé physique. Selon l'enquête de Cohen et Sokolovsky [716], menée auprès des hommes de 50 ans et plus vivant dans le *skid row*, ceux-ci ont une moins bonne santé physique que les personnes du même âge qui font partie de l'ensemble de la population et ce, que ce soit en ce qui concerne le système respiratoire, les troubles de l'audition, l'hypertension, les oedèmes ou les symptômes somatiques. Un tiers des itinérants interrogés dans leur étude ont été hospitalisés dans la dernière année comparativement à 12% chez le même groupe d'âge dans la population en général.

Dans l'enquête de Eckert [721], 54% des répondants attribuent les principaux problèmes de leur vie à leur piètre état de santé. Aussi, 69% disent souffrir de maladies physiques sévères, plus particulièrement d'arthrite, d'emphysème et de troubles cardiaques. De plus, 32% ont été diagnostiqués par un médecin comme ayant des troubles cardiaques, 45% souffrent d'hypertension et 24% ont déjà reçu des traitements pour une tumeur ou un cancer.

Gelberg et al. [724] observent plusieurs différences entre les itinérants de 50 ans et plus et les plus jeunes. Ainsi, les itinérants plus âgés souffrent davantage de maladie chronique (69% vs 49%) et d'hypertension (42% vs 22%) que leurs homologues plus jeunes. Par contre, ils ont moins de maux de dents (3% vs 30%) et n'ont pas de perte de mémoire plus prononcée que les 18-49 ans. Mentionnons que dans l'étude de Eckert [721] les personnes âgées de 65 ans et moins ont deux fois plus de troubles du système nerveux que celles âgées de plus de 65 ans (maux de tête, étourdissements, vertiges, coups de froid, coups de chaleur, paralysie partielle).

Les personnes âgées itinérantes sont plus à risque d'avoir des problèmes de nutrition puisqu'elles ont des besoins nutritionnels spécifiques. De même, le risque de tuberculose est plus grand chez les individus plus âgés [156, 251, 725].

Malgré leur état de santé plutôt médiocre, les itinérants âgés ne semblent pourtant pas trop inquiets à ce sujet. En effet, Cohen et Sokolovsky [716] rapportent que 68% se disent en excellente ou en bonne santé pour leur âge alors que seulement 18% se considèrent en mauvaise santé. Aussi, d'après les résultats de Eckert [721], les résidents des maisons de chambres âgés de 65 à 70 ans ont une perception plus positive de leur état de santé que les 50-64 ans et que les 70 ans et plus.

D'une façon générale, les itinérants âgés présentent les mêmes types de maladies physiques que les personnes âgées de l'ensemble de la population (arthrite, hypertension, diabète, problèmes cardio-vasculaires). Chez les itinérants, cependant, ces maladies sont souvent aggravées par les conditions de vie, le niveau de stress, la présence de troubles psychiatriques et de problèmes d'abus de substances toxiques.

4.3.2 Santé mentale

Des troubles psychiatriques sont aussi observés dans la population itinérante âgée. Dans l'étude de Cohen et Sokolovsky [716], 9% des itinérants rencontrés présentent un comportement psychotique et il y a deux fois plus de dépressions dans cette population que dans la population en général. De même, Eckert [721] rapporte que 63% des résidents âgés des maisons de chambres présentent des problèmes émotionnels et ont tous des maladies physiques graves.

Certaines différences ont été observées entre les itinérants âgés et leurs homologues plus jeunes. Il n'y a toutefois pas consensus entre les auteurs des différentes études. Selon Cohen et al. [726], la prévalence de troubles psychiatriques sévères est presque équivalente chez ces deux groupes. Toutefois, ils notent que les itinérants âgés sont plus à risque de développer des troubles psychiatriques étant donné leur fragilité et leur état de santé qui s'aggrave en vieillissant. L'étude de Fournier [53] montre que la proportion de personnes âgées itinérantes souffrant de troubles cognitifs est particulièrement élevée: 22,7% des itinérants de 60 ans et plus ont échoué au «Mini-Mental State Examination» comparativement à des proportions de 0,6% à 2,7% chez les itinérants plus jeunes. Pour ce qui est des autres types de troubles (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure, dysthymie), les prévalences sont moins élevées chez les itinérants de 60 ans et plus [53]. Dans le même sens, les itinérants de 50 ans et plus de l'étude de Gelberg et al. présentent moins de symptômes psychotiques que les moins de 50 ans (25% vs 42%) [724]. Ladner [717] constate aussi que les itinérants de 60 ans et plus ont moins de problèmes psychiatriques actuels que les plus jeunes (14% vs 20%). De plus, il rapporte que les itinérants âgés sont moins nombreux à avoir déjà été hospitalisés en psychiatrie que les itinérants plus jeunes (15% vs 22%).

Selon d'autres études, 14% des itinérants âgés ont déjà été hospitalisés en psychiatrie [716, 721] et 3% ont pris, au cours du dernier mois, des médicaments à cause de problèmes mentaux ou émotionnels [716].

4.3.3 Toxicomanie

La consommation d'alcool et les problèmes d'alcoolisme sont fréquents chez les personnes âgées itinérantes. Ainsi, Cohen et Sokolovsky [716] rapportent que près de la moitié de leur échantillon d'hommes de 50 ans et plus consomment de l'alcool tous les jours et 33% en consomment plusieurs fois par semaine. Aussi, 21% sont des buveurs modérés alors que 20% sont des gros buveurs. Selon l'étude de Ladner [717], la consommation d'alcool est comparable entre les itinérants âgés et les plus jeunes (13% vs 12%). De même, la prévalence à vie des troubles liés à la consommation d'alcool est similaire: 56% chez les personnes âgées de 60 ans et plus et de 64 à 76% chez les itinérants plus jeunes [53]. Par contre, les itinérants âgés consomment moins de drogues et présentent moins de troubles liés à la consommation de drogue que les plus jeunes [724].

4.3.4 Réseau social

Les itinérants âgés semblent plus isolés socialement que leurs homologues plus jeunes [53, 724]. Par exemple, dans l'étude de Gelberg et al. [724], 49% des répondants de 50 ans et plus avouent n'avoir eu aucun contact social informel durant le dernier mois. Chez les moins de 50 ans, cette proportion est de 27%.

4.3.5 Victimes d'agressions

Les itinérants âgés se trouvent dans un contexte où ils sont susceptibles d'être victimes d'actes d'agression et cela a pour effet de les rendre plus craintifs [718, 723, 726]. Dans son analyse, Doolin [720] affirme que les itinérants âgés reçoivent des indemnités de pension, ce qui les expose à l'agressivité des itinérants plus jeunes qui ne reçoivent pas de tels revenus. De plus, le sentiment d'être impuissant face à la vie, leur faiblesse physique et leur faible statut dans le milieu de l'itinérance les rendent très vulnérables. Aussi, note-t-il que les jeunes itinérants tenteraient d'expulser les plus vieux à l'extérieur des refuges. Dans son entretien avec Linehan [722], Crane affirme que seulement 17% des itinérants qu'elle a interviewés utilisent les services des centres de jour. C'est la peur de la violence des jeunes itinérants qui les empêche d'utiliser les refuges. Cependant, dans l'étude de Gelberg et al. [724], il apparaît que les jeunes adultes sont deux fois plus victimes d'agressions que les itinérants de 50 ans et plus. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les plus vieux dorment peut-être davantage dans des environnements mieux protégés. Par exemple, 21% des 50 ans et plus dorment dans des automobiles abandonnées alors que seulement 8% des plus jeunes optent pour ce genre d'endroit. Il demeure tout de même que les itinérants âgés ne sont pas pour autant exempts d'agressions puisque la plupart ont été victime d'au moins une agression au cours de l'année précédant l'étude [724].

4.4 RAPPORT AUX SERVICES

4.4.1 Services non spécifiques

L'utilisation des refuges par les personnes âgées itinérantes se fait beaucoup par références. Ainsi, dans l'étude de Ladner [717], 11% des 60 ans et plus ont été dirigés au refuge par l'hôpital (vs 5% chez les itinérants plus jeunes) et 16% par la police (vs 8% chez les plus jeunes). Aussi, il semble, selon Cohen et Sokolovsky [716], que les personnes âgées itinérantes soient plus visibles dans les programmes de type «outreach» que dans les refuges.

Alors qu'ils ont davantage de problèmes de santé que les plus jeunes, les itinérants âgés n'utilisent pas plus les services de santé que ces derniers [724]. Malgré tout, dans l'étude de Cohen et Sokolovsky [716], 77% des répondants avaient vu un médecin au cours de la dernière année alors que seulement 23% avaient une assurance médicale (Medicaid).

4.4.2 Besoins en services

La présence de personnes âgées parmi les itinérants indique un manque dans les systèmes de services traditionnels et d'aide financière [717]. Selon Doolin [720], les besoins des itinérants âgés ne sont pas différents de ceux des autres itinérants (nourriture, abri, soins) mais sont exacerbés par les problèmes de vieillesse et la plus grande vulnérabilité de cette population.

Dans son entrevue avec Linehan [722], Crane soutient que la situation des personnes âgées itinérantes à Londres nécessite un besoin urgent de services de counselling pour les aider à faire face à leurs problèmes. De surcroît, il faudrait ouvrir plus de refuges de nuit et de jour réservés exclusivement à cette clientèle. Les femmes itinérantes paraissent aussi avoir des besoins spécifiques. Sans détailler le type de services qui devrait leur être offert, Crane voudrait voir se développer une aide spéciale pour les femmes itinérantes qui semblent avoir plus de troubles psychotiques que les hommes et qui s'isolent beaucoup plus que ces derniers.

Les centres pour personnes âgées doivent être vus comme des ressources indispensables et l'accessibilité aux différents programmes de logement doit être augmentée [717]. Le plan de

service individualisé («case management») et les soins de santé de première ligne sont essentiels dans les centres de jour pour itinérants âgés [720].

Les problèmes de santé des itinérants âgés ressemblent à ceux des personnes âgées que l'on retrouve dans l'ensemble de la population. Les gériatres pourraient donc jouer un rôle significatif dans la formation des dispensateurs de soins de première ligne en ce qui concerne l'évaluation et le traitement des personnes âgées itinérantes et socialement isolées. Ainsi l'offre de services pourrait être plus globale qu'elle ne l'est actuellement: soins dispensés par une équipe multidisciplinaire, accent mis sur l'état fonctionnel, médecine de réhabilitation et évaluation des troubles sensoriels [724].

4.4.3 Services spécifiques

Doolin [720] affirme qu'il est possible de développer un programme pour les itinérants âgés à l'intérieur des infrastructures d'un réseau de services pour personnes âgées. Ainsi, le «Kit Clark Senior House Program» est un centre multidisciplinaire pour personnes âgées qui offre une grande variété de services (nutrition, santé physique, santé mentale, alcoolisme, transport, aide à domicile, «senior center»). Ce programme a été développé dans le but de répondre aux besoins des itinérants âgés par l'intermédiaire d'un centre de jour qui offre des repas et des soins dans un environnement protégé et où règne une atmosphère de camaraderie, de confiance et de dignité.

Elston et Slavin [727] décrivent deux programmes créés à New York spécifiquement dans le but de relocaliser les itinérants âgés dans des résidences permanentes. La population cible de ces programmes est une population âgée de 60 ans et plus dont l'itinérance est survenue suite à des situations traumatiques: feu, expulsion, violence familiale, crime, perte du conjoint ou d'une source de revenus. Ces programmes consistent à évaluer la situation globale du client, à établir un plan de service individualisé («case management») et un plan de relocalisation approprié. Ces programmes, qui sont aussi des refuges transitoires, tendent à être plus petits (27 places au total) que les refuges traditionnels. Ils offrent un environnement plus sécuritaire, thérapeutique et communautaire où les clients sont encouragés à s'entraider. La durée de séjour dans ces services varie de un à six mois.

À Boston, il existe plusieurs programmes de ce type. Le programme «The Elders Living at Home Program» (ELAHP), administré en collaboration avec plusieurs ressources de la région, vise à aider les personnes âgées itinérantes ou celles qui sont à risque de le devenir, à retrouver un logement indépendant dans la communauté. Ce programme consiste à donner de l'information, à faire les demandes d'aide sociale, à donner accès à des services de santé, à fournir de l'hébergement temporaire et le plus important, à trouver un logement permanent. Cette approche est de type multidisciplinaire et selon les auteurs [719], c'est ce type d'approche qui fonctionne le mieux pour répondre aux différents besoins de la population âgée itinérante.

Une autre réponse innovatrice aux besoins de cette clientèle est le «Committee to End Elders Homelessness» (CEEH) qui s'est développé à partir de l'expérience du ELAHP [719]. Ce sont des infirmières qui jouent le rôle de leader dans ce programme et qui travaillent en collaboration avec des ressources privées et publiques de la ville de Boston. L'approche multidisciplinaire a, également ici, été favorisée. Le programme vise à éliminer l'itinérance chez les personnes âgées, à faire des activités de type «outreach» auprès des itinérants âgés et à développer des options de logement en fonction des besoins complexes de cette clientèle.

Il existe aussi un autre programme de type «outreach» conçu exclusivement pour les personnes âgées itinérantes de Boston, le «Cardinal Medeiros Center» [251]. Ce programme offre des services mobiles (soins de base, référence et alimentation) et les services d'une infirmière qui fournit les soins plus spécialisés dans le centre.

En ce qui concerne les besoins des personnes âgées itinérantes qui souffrent de maladies mentales, l'étude de Cohen et al. [726] a permis d'évaluer si l'approche générique des services du «Project Rescue» à New York était suffisante pour répondre aux besoins de ce type de clientèle. Ce programme vise à fournir des services à toutes les personnes itinérantes, tout en ayant des services de santé mentale accessibles à celles qui en ont besoin. Cette approche, à l'inverse de programmes ciblant essentiellement une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, démontre, par ses résultats, qu'elle peut très bien améliorer la qualité de la vie des personnes souffrant de maladies mentales. Toutefois, les résultats sont moins favorables pour ce type de personnes que pour les clients qui n'ont pas de maladie mentale. Malheureusement, les données de l'étude ne permettent pas d'expliquer pourquoi les clients ayant des problèmes mentaux reçoivent moins de services et ont de moins bons résultats.

4.5 CONCLUSION

Le problème des itinérants âgés présente un intérêt particulier à cause de leur vulnérabilité aux agressions sur la rue et dans les refuges, de leur fragilité due à un état de santé précaire et de la réticence des centres communautaires pour personnes âgées à les accepter comme participants [717].

Les personnes âgées se retrouvent itinérantes à peu près pour les mêmes raisons que les itinérants plus jeunes. Les facteurs économiques, familiaux et individuels jouent tour à tour un rôle dans la genèse de l'itinérance.

Les itinérants âgés vivent des problèmes multiples. En plus des problèmes inhérents à l'itinérance, ils doivent faire face à l'augmentation des problèmes de santé due au vieillissement [720]. En effet, il a été démontré que les itinérants âgés avaient davantage de problèmes médicaux que les plus jeunes, incluant l'alcoolisme, les tumeurs, le diabète, l'hypertension, les affections de la peau, la tuberculose, les troubles vasculaires et nutritionnels. Par contre, ils souffrent moins de schizophrénie et ont moins de problèmes reliés aux drogues.

Selon Ladner [717], les politiques des différents services, tels que les hôpitaux, les maisons de santé et de désintoxication, devraient être modifiées pour s'assurer que les personnes âgées ne prennent pas congé tant que des services résidentiels adéquats n'ont pas été prévus. Les refuges doivent être utilisés seulement comme services temporaires et d'urgence plutôt que comme substituts aux programmes de soutien et de logement permanents. Certains programmes qui viennent en aide aux personnes âgées itinérantes obtiennent des résultats encourageants mais leur nombre semble malheureusement insuffisant.

CONCLUSION

CONCLUSION

Louise FOURNIER

L'itinérance possède à la fois un caractère intemporel et relatif. En effet, ce phénomène semble avoir pratiquement toujours existé et varié selon les endroits et les époques. Ces variations semblent fonction d'un ensemble de facteurs structuraux (récession ou prospérité économique, taux de chômage, arrivée massive d'immigrants, réformes dans les programmes sociaux, réforme dans le système de soins en psychiatrie, etc). Les valeurs sociales et culturelles sont également au nombre des facteurs qui font varier ce phénomène, amenant d'ailleurs certains à affirmer que l'itinérance est un construit social. Toutefois, les résultats de plusieurs recherches tendent à confirmer également l'importance des facteurs individuels reliés à l'itinérance et ce, quel que soit le contexte social dans lequel elle s'inscrit.

Comme le décrivent certains auteurs cités dans la recension présentée ici, le phénomène de l'itinérance a connu au cours du 20^e siècle, en Occident du moins, des changements marqués qui ont influencé directement la vie des itinérants.

Au cours des années '80, l'itinérance revêtait un caractère d'urgence sociale. Elle prenait alors une forme plus désorganisée, comparativement à celle d'autres époques. Par exemple, elle se vivait davantage dans la rue et les lieux publics plutôt que dans des quartiers réservés et devenus peu à peu organisés en fonction des besoins de cette population. Non seulement l'itinérance était-elle devenue ainsi plus visible, mais elle semblait désormais toucher une proportion plus importante d'individus dans la société en général. De plus, la composition de cette population s'était beaucoup modifiée. On remarquait d'abord la présence de plus en plus grande de personnes souffrant de troubles mentaux, de femmes et par la suite, de jeunes et de familles.

Aujourd'hui, l'itinérance a perdu son caractère de nouveauté. La population en général s'est sans doute habituée à voir errer les sans-abri dans les centres-villes et cette réalité apparaît maintenant comme étant un problème parmi d'autres. Pourtant, il demeure presque entier; il existe toujours, en effet, des sans abri et leur nombre ne semble pas avoir diminué.

Hétérogénéité de la population itinérante

Une des grandes constantes qui se dégage de l'ensemble des écrits sur cette question est la très grande hétérogénéité de cette population. Ce caractère hétérogène explique, en partie du moins, le fait que les chercheurs aient tenté de distinguer différents sous-groupes parmi celle-ci, soit en fonction de la forme de l'itinérance (les familles), du sexe des itinérants (les femmes), d'un groupe d'âge (adolescents, personnes âgées), soit en fonction de problèmes qu'elle présente (maladie mentale, alcoolisme, criminalité). De fait, la synthèse des travaux de recherche effectuée ici montre bien que cette division de la population itinérante en sous-groupes n'est pas superflue.

Les femmes itinérantes, par exemple, se distinguent de leurs homologues masculins sous plusieurs aspects. Elles présentent des caractéristiques différentes - notamment, elles sont plus jeunes, elles vivent autrement le fait d'être des sans-abri et elles présentent des problèmes de santé particuliers: problèmes gynécologiques, complications reliées à la grossesse, par exemple. Sur le plan de la santé mentale, elles semblent plus nombreuses à souffrir de psychose alors que les hommes sont plus nombreux à être atteints par l'alcoolisme. Elles sont moins désaffiliées que les hommes mais paraissent plus isolées. En ce qui concerne l'étiologie, elles semblent avoir des antécédents familiaux plus lourds et ont vécu davantage d'expériences de ruptures sur le plan affectif.

Les femmes itinérantes chefs de familles doivent aussi être distinguées des femmes itinérantes seules. Elles ont, par exemple, moins de problèmes de santé physique, de santé mentale, de consommation d'alcool ou de drogues. De plus, elles ont vécu, en général, une enfance moins difficile que les itinérantes sans enfant. Comme le souligne un auteur - et cela résume bien la différence entre ces deux groupes - elles sont plus vulnérables sur le plan social que les femmes itinérantes seules mais moins, sur le plan personnel.

Il est également clair que les itinérants adolescents se distinguent de leurs homologues adultes et qu'ils vivent cette condition de manière différente. Par exemple, une étude a démontré que ces jeunes itinérants viennent davantage de familles abusives, qu'ils sont plus nombreux à avoir des stratégies de survie déviantes et davantage sujets aux agressions en tant que victimes. Le fait qu'ils soient mineurs et sans abri les place d'emblée dans une situation où ils sont susceptibles d'être pris en charge par les services sociaux. Cette situation les rend méfiants et les incite à éviter les services.

Les personnes âgées itinérantes ne font pas exception à cette règle de la différence et se distinguent, elles aussi, des personnes appartenant aux autres groupes d'âge. Ici, toutefois, ce sont les problèmes de santé physique qui paraissent les plus inquiétants. Par ailleurs, elles ont moins de problèmes de santé mentale, si ce n'est sur le plan des troubles cognitifs. Les problèmes d'alcool sont tout aussi fréquents que chez d'autres groupes d'âge; toutefois, ceux occasionnés par la drogue le sont beaucoup moins. Enfin, les itinérants âgés paraissent plus isolés socialement que les plus jeunes.

Un grand nombre de maux affligent les itinérants souffrant de troubles mentaux. Ils sont, notamment, en moins bonne santé physique que les autres, vivent une expérience d'itinérance plus longue, sont plus désaffiliés et ont davantage de problèmes d'alcool et de drogues.

Les itinérants abusant de l'alcool diffèrent également des autres. Que ce soit sur le plan de la santé physique, de la santé mentale ou de la criminalité, ils ont davantage de problèmes. Ceux qui ont des troubles liés à la consommation de drogues ont aussi leur lot de caractéristiques particulières; la criminalité et le SIDA sont parmi les plus importantes.

La distinction entre ceux qui souffrent de maladies mentales (non liées à l'usage de substances toxiques) et ceux qui présentent des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues est parfois factice compte tenu de la présence fréquente de double ou de triple diagnostics chez les itinérants.

L'hétérogénéité de cette population se reflète également dans la diversité des besoins de celle-ci et dans la gamme des services qui lui sont offerts. Ceux-ci varient selon les sous-groupes composant cette population et également selon leur degré de développement.

Dans le cas des sans-abri ayant un problème d'alcool, par exemple, les programmes ont surtout été axés, sans succès d'ailleurs, sur le traitement de l'alcoolisme. Constatant toutefois que l'alcool avait un rôle fonctionnel dans la vie des sans-abri, les chercheurs et les intervenants ont senti le besoin de changer les critères de succès des programmes: on ne vise désormais plus

l'abstinence mais l'amélioration des conditions de vie des sans-abri. Pour ce qui est des itinérants ayant des troubles mentaux, ici également les objectifs visés en termes de services sont devenus plus humbles: il est de plus en plus évident que le succès passe d'abord par une réponse aux besoins essentiels, une série d'étapes d'apprivoisement, une approche de type *case management* et une certaine stabilisation en ce qui concerne le logement. En regard des nombreux problèmes de santé physique des itinérants, un des objectifs principaux est d'améliorer l'accessibilité aux services. Dans ce sens, certains proposent que les services de santé soient directement offerts sur les lieux où se trouvent les sans-abri (*i.e.* dans les refuges, sur la rue). De manière générale, on reconnaît que les sous-groupes composant la population itinérante ont des besoins multiples et nécessitent, par conséquent, une large gamme de services.

Toutefois, le niveau de développement de l'ensemble des services destinés à chacun des sous-groupes varie. Par exemple, ceux destinés aux malades mentaux sans abri sont très développés. Cette situation s'explique par le fait que, vers le milieu des années '80, d'importantes sommes d'argent ont été investies dans le développement de ceux-ci. Par contre, en raison d'une préoccupation plus récente concernant le groupe des adolescents sans abri, les services qui leur sont destinés sont beaucoup moins développés. Ceux destinés aux personnes âgées itinérantes sont également peu développés, cette fois, en raison du faible nombre de personnes âgées parmi les itinérants. Il est à noter toutefois que la littérature scientifique qui traite de l'itinérance ne fait état que d'une partie des services développés à l'intention de ces différents sous-groupes. En fait, pour chaque programme qui fait l'objet d'une publication, il y a probablement plusieurs expériences intéressantes qui demeurent dans l'ombre. Dans ce sens, il importe de garder à l'esprit que le portrait fourni ici des services destinés aux itinérants est forcément partiel.

Malgré les distinctions faites entre ces sous-groupes, il n'est pas rare de lire dans les écrits scientifiques que chaque sous-groupe (femmes, adolescents, etc) est lui aussi composé d'une population hétérogène. Cette constatation semble découler du fait que la population des sans-abri a été peu étudiée, jusqu'à maintenant, en fonction de significations différentes de l'itinérance. En effet, comme on l'a vu, par exemple, dans le chapitre sur l'instabilité résidentielle, tous les sans-abri ne sont pas des itinérants chroniques. Certains ne seront itinérants que pendant un court laps de temps, celui nécessaire pour eux de se réorganiser. Cette période n'aura été qu'une crise passagère dans leur vie. D'autres s'installeront dans ce mode de vie parce cela convient à leur déviance. D'autres encore adopteront ce style de vie petit à petit, faute de choix. La compréhension des raisons pour lesquelles une personne devient itinérante et demeure dans cette condition de vie est donc nécessaire si l'on veut pouvoir offrir des services mieux adaptés à chacun.

Orientations de la recherche à venir

Ce caractère hétérogène de la population itinérante illustre la complexité de ce phénomène. Il indique également les exigences auxquelles la recherche doit répondre, c'est-à-dire l'appréhension de ce phénomène à la fois sur le plan descriptif et dynamique.

Alors que ce phénomène a perdu son caractère d'urgence sociale, la période actuelle serait davantage propice à la recherche de solutions plus efficaces. Ces solutions relèvent, à notre avis, de la prévention primaire et secondaire de l'itinérance, c'est-à-dire dont l'objectif serait essentiellement d'éviter que les individus entrent dans le cycle persistant de l'itinérance ou qu'ils y restent trop longtemps. Jusqu'ici l'approche a été plus curative que préventive. L'intérêt d'une approche préventive est deux ordres. D'une part, elle permet d'éviter les conséquences néfastes pouvant découler de l'itinérance: mortalité précoce, tuberculose, SIDA, dégradation psychique, chronicité, criminalité, etc. D'autre part, elle a pour effet d'alléger les interventions envisagées pour les sans-abri qui, comme on a pu le constater, sont extrêmement lourdes: une phase d'engagement très longue, des interventions à plusieurs niveaux, des interventions qui s'avèrent finalement peu efficaces, etc. Les études futures devront donc s'orienter davantage vers la recherche des causes, des facteurs de risque et de protection, des facteurs déclenchants et des facteurs qui maintiennent les

individus dans ce milieu. Il faudrait également mieux comprendre la dynamique à l'origine de l'itinérance chez certains individus et au maintien de celle-ci. Si, jusqu'à maintenant, certains chercheurs se sont intéressés à ces thèmes, ils l'ont fait au moyen d'études transversales. Toutefois, afin de répondre adéquatement à ces questions, des études longitudinales sont désormais nécessaires. Heureusement, ce type d'études, qui paraissait impensable il y a cinq ans, semble maintenant tout à fait faisable et valable, tel que mentionné dans le chapitre sur les aspects méthodologiques.

Par ailleurs, les facteurs étiologiques considérés jusqu'ici l'ont été, soit dans une optique individuelle, soit sociale. En ce qui concerne cette dernière, ce phénomène a été perçu comme une réalité découlant essentiellement du contexte économique et social dans lequel il se situait.

Ainsi, plusieurs chercheurs se sont demandés si les différents problèmes vécus par les itinérants n'étaient pas tout simplement liés à la pauvreté. Par conséquent, ils ont entrepris, au cours des dernières années, des recherches permettant de comparer des itinérants à des personnes domiciliées ayant un très faible revenu. Toutes ces études, peu importe le sous-groupe étudié, arrivent à la même conclusion. Les itinérants présentent des caractéristiques différentes et, de manière générale, ont davantage de problèmes que les domiciliés pauvres. Ces résultats tendent donc à démontrer que l'itinérance ne serait pas seulement une question de pauvreté ou, plus largement, de facteurs structureaux. Ce phénomène serait également lié à des facteurs individuels. Ainsi, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de consommation d'alcool ou de drogues ou ayant vécu une enfance difficile, sont plus vulnérables, de manière générale, au fait de se retrouver itinérantes que les personnes pauvres.

Les facteurs structureaux, ou environnementaux pour employer un langage plus moderne, ne sont donc pas les seuls en cause. La tendance actuelle est maintenant de considérer l'itinérance comme étant le résultat de l'interaction entre les facteurs environnementaux et individuels.

L'itinérance apparaît donc comme un phénomène devant être considéré sous l'angle de la déviance - chaque société a sa part incontournable de déviants - et sous l'angle du contexte social - l'itinérance est un baromètre de la société. Entre les deux, il y a un effet d'interaction. Par exemple, le délire d'errance du schizophrène ou ses difficultés relationnelles (le menant à se mettre en marge de la société) ne peuvent s'actualiser dans une société où il y a une politique d'enfermement des malades mentaux mais ils le peuvent dans un contexte de maintien des malades mentaux dans la communauté. Il faut donc comprendre et évaluer la contribution de ces deux types de dimensions, si l'on veut mettre au point des solutions adaptées et efficaces. Chacune de ces dimensions appelle des solutions très différentes, dans un cas, axées sur l'individu, dans l'autre, axées sur la société et ses institutions. Bref, il faut éclaircir la signification de l'itinérance.

La synthèse des connaissances sur l'itinérance présentée dans cette recension des écrits est davantage celle des études épidémiologiques récentes. Celles-ci sont intéressantes en ce qui a trait aux connaissances qu'elles apportent sur une population donnée. Jusqu'ici, elles ont permis de standardiser les données collectées dans les études, de les obtenir sur un plus grand nombre de personnes et ainsi d'en améliorer grandement la qualité. La compréhension du phénomène de l'itinérance dans ces études demeure toutefois beaucoup trop a-théorique et symptomatique. Cette situation est attribuable, en grande partie, au fait que le modèle médical a, jusqu'à maintenant, prévalu. Cette approche fait trop souvent fi de la dynamique de la personne et de la signification de l'itinérance pour le sans-abri.

Récemment, devant la difficulté de comprendre ce phénomène, les épidémiologistes ont fait certains efforts de conceptualisation. Cependant, les théories disponibles sur l'itinérance nous viennent davantage d'autres époques et d'autres disciplines telles que la sociologie ou la psychologie. Peu d'études épidémiologiques ont tenté, en effet, de tester empiriquement des modèles théoriques qui permettraient d'expliquer le phénomène de l'itinérance. Mais surtout, il y a

une absence quasi complète d'études axées à la fois sur les facteurs environnementaux et individuels, ou encore sur l'interaction entre ces deux types de facteurs. Ainsi, nous nous retrouvons bien mieux informés sur les caractéristiques et les vulnérabilités de cette population que sur l'impact des facteurs environnementaux.

Les études épidémiologiques devront à l'avenir être conçues à partir des données existantes réinterprétées et testées sur des bases théoriques. Par ailleurs, si elles suivent la tendance actuelle de la recherche médicale, elles devraient intégrer de plus en plus les facteurs environnementaux. Les études longitudinales, les études de tendances (études répétées à intervalles réguliers) et les études comparatives entre différents pays pourront contribuer à mieux faire comprendre l'impact de ces facteurs. L'épidémiologie aura également à jouer un rôle de surveillance. La situation a-t-elle changé? Y a-t-il moins de malades mentaux parmi les itinérants? Quel est l'effet de nos interventions sur le nombre de sans-abri, sur leurs déplacements? Enfin, l'épidémiologie ne devrait pas assumer à elle seule ces rôles. On ne saurait négliger l'importance de la collaboration entre chercheurs de différentes disciplines (anthropologie, sociologie, santé publique, psychologie, etc.) si l'on veut arriver à une meilleure compréhension de ce phénomène. Dans ce sens, les chercheurs en épidémiologie, discipline très quantitative, auraient tout intérêt à s'associer à ceux qui utilisent des méthodes qualitatives.

Notons enfin le rôle important que la recherche évaluative devrait jouer. Plusieurs nouveaux programmes d'intervention ont été développés mais la littérature des dernières années montre davantage de descriptions que de véritables évaluations de ces programmes. Démontrer la faisabilité et l'efficacité de ces nouveaux programmes apparaît cependant essentiel.

Certes, une recherche de qualité auprès de populations sans abri pose des problèmes. À l'heure actuelle, beaucoup de progrès ont été faits dans le but d'améliorer les méthodologies nécessaires à l'étude de cette population. Cependant, il faudra encore s'ingénier à trouver des méthodologies encore mieux adaptées à ses caractéristiques particulières.

Nous avons tenté de terminer cet ouvrage par ces quelques éléments de réflexion qui nous paraissaient essentiel de souligner. Nous espérons avoir réussi à contribuer à faire le point sur cette question qui demeure toujours actuelle.

RÉFÉRENCES

1. Moore, E. C. (1897). Social value of the saloon. American Journal of Sociology, 3, 1-12.
2. Willard, A. (1903). Reinstatement of vagrants through municipal lodging houses. Proceedings of the National Conference of Social Work, (pp. 404-411).
3. Riis, J. (1904). How the other half lives, New York: Scribner's.
4. Hoch, C. (1987). A brief history of the homeless problem in the United States. In R. D. Bingham, R. E. Green, & S. B. White (Eds), The homeless in contemporary society, (pp. 16-32). : Sage Publications.
5. Baumohl, J. (1989). Alcohol homelessness and public policy. Contemporary Drug Problems, Fall, 281-300.
6. Ropers, R. H. (Ed). (1988). The invisible homeless: A new urban ecology. New York: Human Sciences Press Inc.
7. Bahr, H. (1973). Skid row: An introduction to disaffiliation. New York: Oxford University Press.
8. Pittman, D. J. (1974). Interaction between skid row people and law enforcement and health professionals. Addictive Diseases, 1(3), 369-388.
9. Garret, G. R. (1989). Alcohol problems and homelessness: History and research. Contemporary Drug Problems, 16(3), 301-332.
10. Caplow, T. (1970). The sociologist and the homeless man. In H. M. Bahr (Ed), Disaffiliated man: Essays and bibliography on skid row, vagrancy and outsiders, (pp. 3-12). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
11. Blumberg, L. U., Shipley, T. E., & Moor, J. O. (1971). The skid row man and the skid row status community: With perspectives on their future. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 32, 909-941.
12. Bahr, H., & Langfur, S. (1967). Social attachment and drinking in skid row life histories. Social Problems, 14(4), 464-472.
13. Goldfarb, C. (1970). Patients nobody wants: Skid row alcoholics. Diseases of the Nervous System, 31, 274-281.
14. Hopper, K., & Hamberg, J. (1984). The making of America's homeless: From skid row to new poor 1945-1984. Housing and Development Policy Unit and Institute for Social Welfare Research.
15. Rubington, E. (1971). The changing skid row scene. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 32, 123-135.
16. Wallace, S. E. (1968). The road to skid row. Social Problems, 16, 92-105.
17. Rooney, J. F. (1976). Friendship and dissafiliation among the skid row population. Journal of Gerontology, 31(1), 82-88.
18. Wright, J. D. (1989). Address unknown: The homeless in America. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter; Social Institutions and Social Change.
19. Levinson, D. (1974). Skid row in transition. Urban Anthropology, 3(1), 079-093.
20. Pottieger, A. E., & Inciardi, J. A. (1981). Aging on the street: Drug use and crime among older men. Journal of Psychoactive Drugs, 13(2), 199-211.
21. Jones, R. E. (1983). Street people and psychiatry: An introduction. Hospital and Community Psychiatry, 34(9), 807-812.
22. Fustero, S. (1984). Home on the street. Psychology Today, (Fev. 84), 56-63.
23. Rooney, J. F. (1970). Societal forces and the unattached male: An historical review. In H. M. Bahr (Ed), Disaffiliated man: Essays and bibliography on skid row, vagrancy and outsiders, (pp. 13-38). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
24. Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. American Journal of Public Health, 76(9), 1097-1101.
25. Ridgely, M., McNeil, C. T., & Glodman, H. H. (1988). Alcohol and other drug abuse among homeless individuals: An annotated bibliography. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Row Sciences.
26. Rosenman, S. (1955). The skid row alcoholic and the negative ego image. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 16, 447-473.

27. Levinson, B. M. (1967). Mental Deficiency on Skid Row. Psychological Reports, 201, 291-294.
28. Benda, B. B. (1987). Crime, drugs abuse, mental illness and homelessness. Deviant Behavior, 8(4), 361-375.
29. Bahr, H. (1970). Disaffiliated man: Essays and bibliography on skid row, vagrancy and outsiders. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
30. Bahr, H., & Caplow, T. (1974). Old men drunk and sober. New York: New York University press.
31. Wallace, S. E. (1965). Skid row as a way of life, Totowa, NJ: Bedminister Press.
32. Shinn, M. (1992). Homelessness: What is a psychologist to do? American Journal of Community Psychology, 20(1), 1-24.
33. Baxter, E., & Hopper, K. (1981). Private lives/Public spaces: Homeless adults on the streets of New York City. New York: Community Service Society.
34. Koegel, P. (1987). Ethnographic perspectives on homeless and homeless mentally ill women. Los Angeles, CA: Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health.
35. Morse, G. A. (1992). Causes of homelessness. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 3-17). New York: Plenum Press.
36. Hopper, K. (1991). Homelessness old and new : The matter of definition. Housing Policy Debate, 2(3), 757-813.
37. Laberge, D., & Roy, S. (1994). Interroger l'itinérance: Stratégies et débats de recherche. Cahiers de Recherche Sociologique, 22, 93-112.
38. Bachrach, L. L. (1984). Interpreting research on the homeless mentally ill. Some caveats. Hospital and Community Psychiatry, 35(9), 914-916.
39. Bentley, D. (1995). Measuring homelessness : A review of recent research. Winnipeg: Institute of Urban Studies.
40. Cordray, D. S., & Pion, G. M. (1991). What's behind the numbers? Definitional issues in counting the homeless. Housing Policy Debate, 2(3), 587-616.
41. Levine, I. S., & Lezak, A. D. (1985). Research on the homeless mentally ill: Current status and future directions. Office of State and Community Liaison, NIMH.
42. Hamid, W. A., Wykes, T., & Stansfeld, S. (1993). The homeless mentally ill: Myths and realities. International Journal of Social Psychiatry, 38(4), 237-254.
43. Morrison, J. (1989). Correlations between definitions of th homeless mentally ill population. Hospital and Community Psychiatry, 40(9), 952-954.
44. Chamberlain, C., & Mackenzie, D. (1992). Understanding contemporary homelessness - Issues of definition and meaning. Australian Journal of Social Issues, 27(4), 274-297.
45. Rossi, P. H., Wright, J. D., Fisher, G. A., & Willis, G. (1987). The urban homeless: Estimating composition and size. Science, March(13), 1336-1341.
46. Farr, R. K., Koegel, P., & Burnam, A. (1986). A study of homelessness and mental illness in the skid row area of Los Angeles. Los Angeles, CA: Department of Mental Health.
47. Roth, D., & coll. (1985). Homelessness in Ohio: A study of people in need. Department of Mental Health.
48. Dennis, M. L. (1991). Changing the conventional rules : Surveying homeless people in nonconventional locations. Housing Policy Debate, 2(3), 701-732.
49. Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1986). Homelessness and mental health: An overview. International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill, 14(4), 6-41.
50. Milburn, N. G., & Watts, R. (1986). Methodological issues in research on the homeless and the homeless mentally ill. International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill, 14(4), 42-60.
51. Fournier, L., Ohayon, M., Caulet, M., & Laurin, I. Épidémiologie des troubles mentaux chez les personnes sans domicile fixe: impact de la méthodologie d'échantillonnage. (Sous presse) Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson:Paris, 1994
52. Burnam, M. A., & Koegel, P. (1988). Methodology for obtaining a representative sample of homeless persons. The Los Angeles skid row study. Evaluation Review, 12(2), 117-152.

53. Fournier, L. (1991). Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges. Verdun, Québec: Unité de Recherche Psychosociale, Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas.
54. Verdevoe, D. L., Shuler, P., & Woo, M. (1992). The homeless population. Western Journal of Nursing Research, 14(6), 731-740.
55. Bahr, H., & Houts, K. C. (1971). Can you trust a homeless man? A comparison of officials records and interview responses by Bowery man. Public Opinion Quarterly, 35, 374-382.
56. Annis, H. M. (1979). Self-report reliability of skid row alcoholics. British Journal of Psychiatry, 134, 459-465.
57. Calsyn, R. J., Allen, G., Morse, G. A., Smith, R., & Tempelhoff, B. (1993). Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals. Evaluation Review, 17(3), 353-366.
58. Drake, R. E., McHugo, G. J., & Biesanz, J. C. (1995). The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorders. Journal of Studies on Alcohol, 56, 161-167.
59. Shanks, N. J. (1981). Consistency of data collected from inmates of a common lodging house. Journal of Epidemiology and Community Health, 35, 133-135.
60. Bassuk, E. L. (1985). Research perspectives on homelessness: A response to the APA recommendations on the homeless mentally ill. Psychosocial Rehabilitation Journal, 8(4), 31-34.
61. Dennis, D. L., Buckner, J. C., Lipton, F. R., & Levine, I. S. (1991). A decade of research and services for homeless mentally ill persons: Where do we stand? American Psychologist, 46(11), 1129-1138.
62. Rossi, P. H. (1991). Strategies for homeless research in the 1990s. Housing Policy Debate, 2(3), 1029-1094.
63. Fisher, P. J., Breaky, W. R., & Ross, A. Predictors of Residential Status of Homeless and Poor Housed Mothers and Children in Baltimore. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 215).
64. Weitzman, B. C., Shinn, M., Stojanovic, D., & Duchon, L. Predictors of Long-Term Housing Instability Among New York City's Public Assistance Families. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 215).
65. Zlotnick, C., & Robertson, M. J. The Relationship between Income and the Course of Homelessness. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 216).
66. Fournier, L., Toupin, J., Côté, G., Caulet, M., Laurin, I., Ostoj, M., & Ohayon, M. Entering the World of Homelessness: One Year Later. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 216).
67. Shane, P. A. The Course of Homelessness among Women in an Urban Area. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 216).
68. Culhane, D. P., Averyt, J. M., & Hadley, T. R. A Longitudinal Study of the Treated Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders among Homeless Adults in Philadelphia. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 216).
69. McKenzie, M., Peterson, J., Hills, C., Long, H., & Chesney, M. Innovative Approaches to Gathering Data Longitudinally in Assessing Adherence to TB Prophylaxis in Homeless Adults. Abstracts of the American Public Health Association. 123rd Annual Meeting, San Diego, CA, 1995 (pp. 216).
70. Gwadz, M., & Rotheram-Borus, M. J. (1992). Tracking high-risk adolescents longitudinally. Aids Education and Prevention, Suppl., 69-82.
71. Cohen, E. H., Mowbray, C. T., Bybee, D., Yeich, S., Ribisl, K., & Freddolino, P. P. (1993). Tracking and follow-up methods for research on homelessness. Evaluation Review, 17(3), 331-352.

72. City of New York Human Resources Administration. (1986). Project Future: Focusing, understanding, targeting and utilizing resources for the homeless ill, elderly, youth, substance abusers and employables. New York: Office of Human Development Services and National Institute of Mental Health.
73. Dennis, L. D., Gounis, K., & Morrissey, J. P. (1987). Housing the homeless mentally ill. The New York State Office of Mental Health: The Evaluation Research Unit, Community Support Services, 2(5), 1,4.
74. Gounis, K., Conover, S., Susser, S., & Drucker, E. (1987). First timers at the Franklin men's shelter: A program to prevent shelterization of newly homeless men. Bronx, NY: Department of Psychiatry and Department of Epidemiology & Social Medicine. Montefiore Medical Center.
75. Mulkern, V., & Spence, R. (1984). Illicit drug use among homeless persons: A review of the literature. Rockville, MD: Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
76. Bargmann, E. (1985). Washington, DC: The Zacchaeus Clinic: A model of health care for homeless persons. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 323-332). New York: Springer Publishing Company.
77. Bond, G. L., Wilkinson, K., & Mang, M. (1985). A public hospital in a community network of services for the homeless: The role of charity hospital, New Orleans. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 259-277). New York: Springer Publishing Company.
78. Reilly, E., & McInnis, B. N. (1985). Boston, Mass: The Pine street inn nurses' clinic and tuberculosis program. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 291-299). New York: Springer Publishing Company.
79. Mulkern, V., & Spence, R. (1984). Alcohol abuse/alcoholism among homeless persons: A review of the literature. Rockville, MD: Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
80. Stoner, M. R. (1983). The plight of homeless women. Social Service Review, 565-581.
81. Greiff, I., Zippel, A. M., & McCarthy, K. (1987). Beyond shelter: Providing rehabilitation services to the homeless. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(1), 72-75.
82. Chelimsky, E. (1991). Politics, policy making, data, and the homeless. Housing Policy Debate, 2(3), 683-697.
83. Fournier, L. (1982). Chambreurs et itinérants. In V. Kovess, M. Tousignant, & L. Fournier (Eds), Les indicateurs de santé mentale, Pour le compte de la Direction des programmes de santé, Ministère des affaires sociales.
84. George, S. L., Shanks, N. J., & Westlake, L. (1991). Census of single homeless people in Sheffield. British Medical Journal, 302(June), 1387-1389.
85. Jahiel, R. I. (1992). The size of the homeless population. In R. I. Jahiel (Ed), Homelessness. A prevention-oriented approach, (pp. 337-359). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
86. James, F. J. (1991). Counting homeless persons with surveys of users of services for the homeless. Housing Policy Debate, 2(3), 733-753.
87. Martin, E. (1992). Assessment of S-Night street enumeration in the 1990 census. Evaluation Review, 16(4), 418-438.
88. Wright, J. D., & Devine, J. A. (1992). Counting the homeless: The census bureau's "S-Night" in five U.S. cities. Evaluation Review, 16(4), 355-364.
89. Fournier, L. (1988). Rapport synthèse de l'opération d'énumération de la clientèle des missions et refuges de Montréal. Verdun: Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
90. Fournier, L. (1989). Énumération de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants à Montréal. Verdun: Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
91. Cowan, C. D. (1991). Estimating census and survey undercounts through multiple service contacts. Housing Policy Debate, 2(3), 869-882.

92. Anderton, D. L. (1991). Using local longitudinal records to estimate transient and resident homeless populations. Housing Policy Debate, 2(3), 883-900.
93. Link, B. C., Susser, E., Stuve, A., Phelan, J., Moore, R. E., & Struening, E. (1994). Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. American Journal of Public Health, 84(12), 1907-1912.
94. Burt, M. R. (1991). What to look for in studies that try to count the homeless. In C.M. Taeuber, Conference Proceedings for Enumerating Homeless Persons: Methods and Data Needs, Washington, D.C. (pp. 23-29). : US Bureau of the Census.
95. Benda, B. B., & Dattalo, P. (1988). Homelessness: Consequence of a crisis or a long-term process? Hospital and Community Psychiatry, 39(8), 884-886.
96. Gelberg, L., Linn, L. S., & Leake, B. D. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. American Journal of Psychiatry, 145(2), 191-196.
97. Welte, J. W., & Barnes, G. M. (1992). Drinking among homeless and marginally housed adults in New York State. Journal of Studies on Alcohol, 53(4), 303-315.
98. Takahashi, L. M., & Wolch, J. R. (1994). Differences in health and welfare between homeless and housed welfare applicants in Los Angeles County. Social Science and Medicine, 38(10), 1401-1413.
99. Shanks, N. J., George, S. L., Westlake, L., & Al-Kalai, D. (1994). Who are the homeless? Public Health Reports, 108, 11-19.
100. Breakey, W. R., Fischer, P. J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Ross, A., Royall, R. M., & Stine, O. C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. Journal of the American Medical Association, 262(10), 1352-1357.
101. Rosnow, M. J., Shaw, T., & Stapleton-Concord, C. (1986). Listening to the homeless: A study of homeless mentally ill persons in Milwaukee. Psychosocial Rehabilitation Journal, 9(4), 64-77.
102. Wood, D., Valdez, B., Hayashi, T., & Shen, A. (1990). Homeless and housed families in Los Angeles: A study comparing demographic, economic, and family function characteristics. American Journal of Public Health, 80(9), 1049-1052.
103. Winkleby, M. A., & White, R. (1992). Homeless adults without apparent medical and psychiatric impairment: Onset of morbidity over time. Hospital and Community Psychiatry, 43(10), 1017-1023.
104. North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1993). Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless. American Journal of Psychiatry, 150(4), 578-583.
105. Morse, G., Shields, N., Hanneke, C. R., McCall, G. J., Calsyn, R. J., & Nelson, B. (1986). St-Louis' homeless: Mental health needs, services, and policy implications. Psychosocial Rehabilitation Journal, 9(4), 39-50.
106. Fischer, P. J., Shapiro, S., Breakey, W. R., Anthony, J. C., & Kramer, M. (1986). Mental health and social characteristics of the homeless: A survey of mission users. American Journal of Public Health, 76(5), 519-524.
107. Simard, P. (1990). Le clochard de Montréal. Une histoire à coucher dehors. Montréal, Québec: CLSC Centre-ville.
108. Roy, S. (1988). Seuls dans la rue. Portraits d'hommes clochards, Montréal, Québec: Editions St-Martin.
109. Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1984). Is homelessness a mental health problem? American Journal of Psychiatry, 141(12), 1546-1550.
110. Susser, E. A., Moore, R., & Link, B. (1993). Risk factors for homelessness. American Journal of Epidemiology, 137(5), 546-556.
111. Morse, G., Shields, N. M., Calsyn, R. J., Burger, G. K., & Nelson, B. (1985). Homeless people in St-Louis: A mental health program evaluation, field study, and follow-up investigation (Vol. 1: Text of report). Department of Mental Health.
112. Susser, E. A., Struening, E. L., & Conover, S. (1989). Psychiatric problems in homeless men: Lifetime psychosis, substance use, and current distress in new arrivals at New York City shelters. Archives of General Psychiatry, 46, 845-850.

113. Crystal, S., Ladner, S., & Towber, R. (1986). Multiple impairment patterns in the mentally ill homeless. International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill, 14(4), 61-73.
114. Scott, R., Gaskell, P. G., & Morell, D. C. (1966). Patients who reside in common lodging houses. British Medical Journal, 2, 1561-1564.
115. El-Kabir, D. J. (1982). Great chapel street medical centre. British Medical Journal, 284, 480-481.
116. Shanks, N. J. (1983). Medical provision for the single homeless in Manchester. Journal of the Royal College of General Practitioners, 33, 40-43.
117. Toon, P. D., Thomas, K., & Doherty, M. (1987). Audit of work at a medical center for the homeless over one year. Journal of the Royal College of General Practitioners, 37(296), 120-122.
118. Bennett, S. F., & Gomm, E. H. (1988). A mobile surgery for single homeless people. British Medical Journal, 298(6675), 753.
119. Lindsey, A. M. (1989). Health care for the homeless. Nursing Outlook, 37(2), 78-81.
120. Ramsden, S. S., Nyirri, P., Bridgewater, J., & El-Kabir, D. J. (1989). A mobile surgery for single homeless people in London. British Medical Journal, 298(6670), 372-374.
121. Dickinson, E. J. (1987). Medical care of the homeless. Lancet, 1(8539), 980-981.
122. Usherwood, T. P. (1987). Crisis at Christmas. Lancet, 1(8536), 811.
123. Weller, M. P. I., & Jauhar, P. (1987). Wandering at heathrow airport by the mentally unwell. Medicine, Science, and the Law, 27(1), 37-39.
124. Roth, D., & Bean, J. (1986). The Ohio study: A comprehensive look at homelessness. Psychosocial Rehabilitation Journal, 9(4), 31-38.
125. Braddick, M. R., & Thomson, M. (1989). Destitution of the festive season. Lancet, 1(8633), 330.
126. Weller, M. P., Tobiansky, R., & Hollander, D. (1989). Destitution at the festive season. Lancet, 1(8631), 220.
127. Powell, P. V. (1987). The use of an accident and emergency department by the single homeless. Health Bulletin, 45(5), 255-262.
128. Patel, K. R. (1985). Pulmonary tuberculosis in residents of lodging houses, night shelters and common hostels in Glasgow: A five-year prospective survey. British Journal of Disease of the Chest, 79(1), 60-66.
129. Shanks, N. J. (1988). Medical morbidity of the homeless. Journal of Epidemiology and Community Health, 42(2), 183-186.
130. Hibbs, J. R., Benner, L., Klugman, L., Spencer, R., Macchia, I., Mellinger, A. K., & Fife, D. (1994). Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. New England Journal of Medicine, 331(5), 304-309.
131. Hanzlick, R., & Parrish, R. G. (1993). Deaths among the homeless in Fulton county, GA, 1988-90. Public Health Reports, 108(4), 488-491.
132. Alstrom, C. H., Lindelius, R., & Salum, I. (1975). Mortality among homeless men. British Journal of Addiction, Alcohol and Other Drugs, 70, 245-252.
133. Shanks, J. J. (1984). Mortality among inmates of common lodging houses. Journal of the Royal College of General Practitioners, 34, 540-543.
134. MMWR. (1987). Deaths among the homeless, Atlanta, Georgia. Journal of the American Medical Association, 257(23), 3191-3192.
135. Morris, W., & Crystal, S. (1989). Diagnostic patterns in hospital use by an urban homeless population. Western Journal of Medicine, 151, 472-476.
136. Raynault, M. -, Battista, R. N., Lawrence, J., & Fournier, L. (1994). Motifs d'hospitalisation et durées de séjour d'une population d'itinérants de Montréal. Revue Canadienne de Santé Publique, 85(4), 274-277.
137. Anonymous. (1994). Homeless and ill health: Summary of a report of a working party of the Royal College of physicians. Journal of the Royal College of Physicians of London, 28(6), 499-501.

138. Bachrach, L. L. (1986). The homeless mentally ill in the general hospital: A question of fit. General Hospital Psychiatry, 8(5), 340-349.
139. Bachrach, L. L. (1988). Transient patients in western state hospital. Hospital and Community Psychiatry, 39(2), 123-124.
140. Grunberg, J., & Eagle, R. P. F. (1990). Shelterization: How the homeless adapt to shelter living. Hospital and Community Psychiatry, 41(5), 521-525.
141. Collins, A. C. (1995). The hahnemann homeless clinics project: Taking health care to the streets and shelters. Journal of the American Medical Association, 273(5), 433.
142. Yap, O. W. S., & Thornton, D. J. (1995). The arbor free clinic at stanford: A multidisciplinary effort. Journal of the American Medical Association, 273(5), 431.
143. Fournier, A. M., Perez-Stable, A., & Greer, P. J. (1993). Lessons from a clinic for the homeless: The Camillus health concern. Journal of the American Medical Association, 270(22), 2721-2724.
144. Brickner, P. W., McAdam, J. M., Torres, R. A., Vicic, W. J., Conanan, B. A., Detrano, T., Piantieri, O., Scanlan, B., & Scharer, L. K. (1993). Providing health services for the homeless: A stitch in time. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 70(3), 146-170.
145. Gelberg, L. (1993). Health and medical care of homeless persons. The Western Journal of Medicine, 158(5), 518.
146. Kass, F., & Pardes, H. (1990). Stressing the issue of homelessness in residency training. American Journal of Psychiatry, 147(7), 963.
147. Romero, L., Heffron, W. A., & Kaufman, A. (1990). The educational opportunities in a departmental program of health care for the homeless. Family Medicine, 6(22), 60-2.
148. McDonald, D. D. (1986). Health care and cost containment for the homeless: Curricula implications. Journal of Nursing Education, 25(6), 261-264.
149. Usatine, R. P., Gelberg, L., Smith, M. H., & Lesser, J. (1994). Health care for the homeless: A family medicine perspective. American Family Physician, 49(1), 139-146.
150. Shelly, A. H., Getty, L., Kemsley, M., Hunter, J., & Shidman, J. (1990). Health perception of the homeless: A survey of Buffalo's City Mission. Journal of the New York State Nurses Association, 21(2), 20-24.
151. Kaste, L. M., & Bolden, A. J. (1995). Dental caries in homeless adults in Boston. Journal of Public Health Dentistry, 55(1), 34-36.
152. Allukian, M. J. (1995). Oral health: An essential service for the homeless. Journal of Public Health Dentistry, 55(1), 8-9.
153. Gelberg, L., Linn, L. S., & Rosenberg, D. J. (1988). Dental health of homeless adults. Special Care in Dentistry, 176-172.
154. MacIntyre, D. (1971). Medical care for the homeless: Some experience in Glasgow. Scottish Medical Journal, 24, 240-243.
155. Zlotnick, C. (1987). Pediculosis corporis and the homeless. Journal of Community Health Nursing, 4(1), 43-48.
156. Brickner, P. W., Scharer, L. K., Conanan, B., Elvy, A., & Savarese, M. (1985). Health care of homeless people, (pp. 349 pages). New York: Springer Publishing Co.
157. Alley, J., & McConnells, S. (1988). Providing health care to the homeless: Another important role for nurse practitioners. Nurse Practitioner, 13(4), 38,41,44-45.
158. Brickner, P. W. (1992). Medical concerns of homeless persons. In H. R. Lamb, I. I. Bachrach, & F. I. Kass (Eds), Treating the homeless mentally ill, (pp. 249-262). Washington, DC: American Psychiatric Association.
159. Bowder, J. E., & Barrell, L. M. (1987). Health needs of homeless persons. Public Health Nursing, 4(9), 135-140.
160. Barclay III, D. M., Richardson, J. P., & Fredman, L. (1995). Tuberculosis in the homeless. Archives of Family Medicine, 4, 541-546.
161. Yamanaka, K., Kondo, T., & Miyao, M. (1994). Tuberculosis among the homeless people of Nagoya, Japan. Respiratory Medicine, 88, 763-769.

162. McAdam, J. M., Brickner, P. W., Scarer, L. L., Crocco, J. A., & Duff, A. E. (1990). The spectrum of tuberculosis in a New York City men's shelter clinic (1982-1988). Chest, 97, 798-805.
163. Stead, W. W. (1989). Special problems in tuberculosis. Clinics in Chest Medicine, 10(3), 397-405.
164. United States Department of Health and Human Services. (1989). A strategic plan for the elimination of tuberculosis in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 38(S-3), 1-25.
165. Nardell, E., McInnis, B., Thomas, B., & Weidhass, S. (1986). Exogenous reinfection with tuberculosis in a shelter for the homeless. New England Journal of Medicine, 315(25), 1570-1575.
166. Barry, M. A., Wall, C., Shirley, L., Bernardo, J., Schwingl, P., Briganoi, E., & Lamb, G. A. (1986). Tuberculosis screening in Boston's homeless shelters. Public Health Reports, 101(5), 487-494.
167. Reuler, J. B., Bax, H. J., & Sampson, J. H. (1986). Physician house call services for medically needy, inner-city residents. American Journal of Public Health, 76(9), 1131-1134.
168. Shanks, N. J., & Carroll, K. B. (1984). Persistent tuberculosis disease among inmates of common lodging houses. Journal of Epidemiology and Community Health, 38, 66-67.
169. Buff, D. D., Kenny, J. F., & Light, D. (1980). Health problems of residents of single-room occupancy hotels. New York State Journal of Medicine, 80, 2000-2005.
170. Hewetson, J. (1975). Homeless people as an at-risk group. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 68, 9-13.
171. Schieffelbein, C. W., & Snider, D. E. (1988). Tuberculosis control among homeless populations. Archives of Internal Medicine, 148, 1843-1846.
172. Paul, E. A., Lebowitz, S. M., Moore, R. E., Hoven, C. W., Bennett, B. A., & Chen, A. (1993). Nemesis revisited: Tuberculosis infection in a New York city men's shelter. American Journal of Public Health, 83(12), 1743-1745.
173. Colson, P., Susser, E., & Valencia, E. (1994). HIV and TB among people who are homeless and mentally ill. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(4), 157-168.
174. Shanks, N. J. (1982). Medical care of the homeless. British Medical Journal, 284, 1679-1680.
175. Capeweel, S., France, A. J., Anderson, M., & Leitch, G. A. (1986). The diagnosis and management of tuberculosis in common hostel dwellers. Tubercle, 67, 125-131.
176. Zolopa, A. R., Hahn, J. A., Gorter, R., Miranda, J., Wlodarczyk, D., Peterson, J., Pilote, L., & Moss, A. R. (1994). HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults: Prevalence and risk factors in a representative sample. Journal of the American Mental Association, 272(6), 455-461.
177. Dwyer, B., Jackson, K., Raio, K., Sievers, A., Wilshire, E., & Ross, B. (1993). DNA restriction fragment analysis to define an extended cluster of tuberculosis in homeless men and their associates. Journal of Infectious Diseases, 167, 490-494.
178. Concato, J., & Rom, W. N. (1994). Endemic tuberculosis among homeless men in New York city. Archives of Internal Medicine, 154, 2069-2073.
179. Neville, K., Bromberg, A., Bromberg, R., Bonk, S., Hanna, B. A., & Rom, W. N. (1994). The third epidemic - Multidrug-resistant tuberculosis*. CHEST, 105, 45-48.
180. Div. for Tuberculosis Control Center for Prevention Centers for Disease Control. (1987). Tuberculosis control among homeless populations. Morbidity and Mortality Weekly Report, 36(17), 257-260.
181. Slutkin, G. (1986). Management of tuberculosis in urban homeless indigents. Public Health Reports, 101(5), 481-485.
182. Nettleman, M. D. (1993). Use of BCG vaccine in shelters for the homeless: A decision analysis. CHEST, 103(4), 1087-1090.
183. Maajan, S., Wormser, G. P., Hewlett, D., Miller, S. N., Duncanson, F. P., Rodriguez, A., Perla, E. N., Koppel, B., & Rieber, E. E. (1985). Acquired immunodeficiency syndrome

- (AIDS) in an economically disadvantaged population. Archives of Internal Medicine, 145, 1607-1612.
184. Torres, R. A., Lefkowitz, D., Kales, C., & Brickner, P. W. (1987). Homelessness among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome in New York City. Journal of the American Medical Association, 258(6), 779-780.
 185. Allen, D. M., Lehman, J. S., Green, T. A., Linderger, M. L., Onorato, I. M., Forrester, W. et al. (1994). HIV infection among homeless adults and runaway youth, United States, 1989-1992. Aids, 8(11), 1593-1598.
 186. Lebow, J. M., O'Connell, J. J., Oddleifson, S., Gallagher, K. M., Seage III, G. R., & Freedberg, K. A. (1995). AIDs among the homeless of Boston: A cohort study. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 8, 292-296.
 187. St. Lawrence, J., & Brasfield, T. L. (1995). HIV risk behavior among homeless adults. AIDS Education and Prevention, 7(1), 22-31.
 188. Empfield, M., Cournos, F., Meyer, I., McKinnon, K. et al. (1993). HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit. American Journal of Psychiatry, 150(1), 47-52.
 189. Crawford, I., Thomas, S., & Zoller, D. (1993). Communication and level of AIDS knowledge among homeless African-American mothers and their children. Journal of Health and Social Policy, 44(4), 37-53.
 190. Susser, E., Valencia, E., Miller, M., Tsai, W. -, Meyer-Bahlburg, H., & Conover, S. (1995). Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for HIV. American Journal of Psychiatry, 152(4), 583-587.
 191. Susser, E., Valencia, E., & Torres, J. (1994). Sex, games, and videotapes: An HIV-prevention intervention for men who are homeless and mentally ill. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(4), 31-40.
 192. Mancoske, R. J., & Lindhorst, T. (1991). Mutual assistance groups in a shelter for persons with AIDS. Social Work with Groups, 14(2), 75-86.
 193. Winkle, C. R., & Ward-Chene, D. G. (1992). Power, social support and HIV-related service use: The roles of community and homelessness. Journal of Health and Social Policy, 4(2), 47-72.
 194. Ropers, R. H., & Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. Social Science and Medicine, 24(8), 669-678.
 195. Filice, G., Englender, S., Jacobson, J. A., Jourden, J. L., Burn, D. A., McLeod Griffis, J., & Fraser, J. W. (1984). Group a meningococcal disease in skid rows: Epidemiology and implication for control. American Journal of Public Health, 74(3), 253-254.
 196. Gross, T. P., & Rosenberg, M. L. (1987). Shelters for battered women and their children: An underrecognized source of communicable disease transmission. American Journal of Public Health, 77(9), 1198-1201.
 197. Lowry, S. (1989). Health needs of the homeless. British Medical Journal, 298(6676), 771-772.
 198. Johnston, H., Tornabene, M., & Marcinak, J. (1993). Incidence of sexually transmitted diseases and pap smear results in female homeless clients from the Chicago health outreach project. Health Care for Women International, 14, 293-299.
 199. Ball, J. F. L., & Havassy, B. E. (1984). A survey of the problems and needs of homeless consumers of acute psychiatric services. Hospital and Community Psychiatry, 35(9), 917-921.
 200. Brickner, P. W., Scanlan, B. C., Conanan, B., Elvy, A., McAdam, J., Scharer, L. K., & Vicic, W. J. (1986). Homeless persons and health care. Annals of Internal Medicine, 104(3), 405-409.
 201. Fournier, L., & Mercier, C. (1989). Etude spéciale sur Dernier Recours Montréal. Verdun: Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
 202. Derrickson, J. P., Widodo, M. M., & Jarosz, L. A. (1994). Providers of food to homeless and hungry people need more dairy, fruit, vegetable, and lean-meat items. Journal of the American Dietetic Association, 94(4), 445-446.

203. Brunston, T., & Breton, M. (1990). The eating patterns and problems of homeless women. Women and Health, 16(1), 43-62.
204. Carillo, T. E., Gilbride, J. A., & Chan, M. M. (1990). Soup kitchen meals: An observation and nutrient analysis. Journal of the American Dietetic Association, 90(7), 989-991.
205. Luder, E., Boey, E., Buchalter, B., & Martinez-Weber, C. (1989). Assessment of the nutritional status of urban homeless adults. Public Health Reports, 104(5), 451-457.
206. Edwards, G., Williamson, V., Hawker, A., & Hensman, C. (1966). London skid row. Lancet, 1, 249-252.
207. Gelberg, L., Stein, J. A., & Neumann, C. G. (1995). Determinants of undernutrition among homeless adults. Public Health Reports, 110(4), 448-454.
208. Wiecha, J. L., Dwyer, J. T., Jacques, P. F., & Rand, W. M. (1993). Nutritional and economic advantages for homeless families in shelters providing kitchen facilities and food. Journal of the American Dietetic Association, 93(7), 777-783.
209. Gelberg, L., & Linn, L. S. (1988). Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. Hospital and Community Psychiatry, 39(5), 510-516.
210. Darnton-Hill, I., & Stewart Treswell, A. (1990). Thiamin status of a sample of homeless clinic attenders in Sydney. The Medical Journal of Australia, 152, 5-9.
211. Darnton-Hill, I., Sriskandarajah, N., Stewart, P. M., Craig, G., & Truswell, A. S. (1993). Vitamin supplementation and nutritional status in homeless men. Australian Journal of Public Health, 17(3), 246-251.
212. Olin, J. S. (1966). Skid row syndrome: A medical profile of the chronic drunkenness offender. Canadian Medical Association Journal, 95, 205-214.
213. Weinreb, L. F., & Bassuk, E. L. (1990). Health care of homeless families. Journal of Family Practice, 31(1), 74-80.
214. Wood, D. (1989). Homeless children: Their evaluation and treatment. Journal of Pediatric Health Care, 3, 194-199.
215. Martinez-Weber, C. (1987). The homeless person with diabetes: A Diagnostic and therapeutic challenge. Postgraduate Medicine, 81(1), 289-293, 296-298.
216. Michael, M., & Brammer, S. (1988). Medical treatment of homeless hypertensives. American Journal of Public Health, 78(1), 94.
217. Froner, G. (1988). Aids and homelessness. Journal of Psychoactive Drugs, 20(2), 197-202.
218. Ashley, M. J., Olin, J. S., Le Riche, W. H., Koraczewski, A., Schmidt, W., & Rankin, J. G. (1976). Skid row alcoholism. A distinct sociomedical entity. Archives of Internal Medicine, 136, 272-278.
219. Asander, H. (1980). A field investigation of homeless men in Stockholm. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 281(61), 1-125.
220. Brickner, P. W., Greenbaum, D., Kaufman, A., O'Donnell, F., O'Brian, J. T., Scalice, R., Scandizzo, J., & Sullivan, T. (1972). A clinic for male derelicts: A welfare hotel project. Annals of Internal Medicine, 77, 565-569.
221. Spach, D. H., Kanter, A. S., Dougherty, M. J., Larson, A. M., Coyle, M. B., Brenner, D. J., Swaminathan, B., Matar, G. M., Welch, D. F., Root, R. K., & Stamm, W. E. (1995). Bartonella (Rochalimaea) Quintana bacteremia in inner-city patients with chronic alcoholism. The New England Journal of Medicine, 332(7), 424-428.
222. Drancourt, M., Mainardi, J. L., Brouqui, P., Vandenesch, F., Carta, A., Lehnert, F., Etienne, J., Goldstein, F., Acar, J., & Raoult, D. (1995). Bartonella (Rochalimaea) quintana endocarditis in three homeless men. The New England Journal of Medicine, 16, 419-423.
223. Denoncourt, H. (1995). La clinique de rue point de rencontre entre l'infirmière et les personnes itinérantes. Infirmière du Québec, 2(4), 26-30.
224. Hanzlick, R., & Lazarchick, J. (1989). Health care history and utilization for Atlantians who died homeless. Journal of Medical Association of Georgia, 78(4), 205-208.
225. Haughland, G., Craig, J. J., Goodman, A. B., & Siegel, C. (1983). Mortality in the era of deinstitutionalization. American Journal of Psychiatry, 140(7), 848-852.

226. Strut, E. (1983). Mortality in a cohort of long-term users of community psychiatric services. Psychological Medicine, 13, 441-446.
227. Amdur, M. A., & Soucherk, J. (1981). Death in aftercare. Comprehensive Psychiatry, 22, 619-626.
228. Mould, R. F., Wrighton, K., & Pickup, D. S. (1977). Mortality in a lodging house. Lancet, 2, 1180-1181.
229. Mehal, W. Z. (1995). Health care and the homeless. The New England Journal of Medicine, 332(1), 64-65.
230. Hanzlick, R. (1993). Enumerating deaths among homeless persons: Comparison of medical examiner data and shelter-based reports - Fulton county, Georgia, 1991. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42(37), 719, 725-726.
231. Robertson, M. J., & Cousineau, M. R. (1986). Health status and access to health services among the urban homeless. American Journal of Public Health, 76(5), 561-563.
232. Kroll, J., Carey, K., Hagedorn, D., Fire Dog, P., & Benavides, E. (1986). A survey of homeless adults in urban emergency shelters. Hospital and Community Psychiatry, 37(3), 283-286.
233. Marwick, C. (1985). The sizable homeless population: A growing challenge for medicine. Journal of the American Medical Association, 253, 3217-3219, 3223-3225.
234. Carter, K. F., Green, R. D., Green, L., & Dufour, L. T. (1994). Health needs of homeless clients accessing nursing care at a free clinic. Journal of Community Health Nursing, 11(3), 139-147.
235. Gaulton-Berks, L. (1994). Homeless but not helpless. Nursing Times, 90(15), 53-55.
236. Gibb, E., & Lucas, B. (1993). Portakabin care. Nursing Standard, 19(7), 18-19.
237. Holden, C. (1988). Health problems of the homeless. Science, 242(4876), 188-189.
238. Włodarczyk, D., & Prentice, R. (1988). Health issues of homeless persons. Western Journal of Medicine, 148(6), 717-719.
239. Lechky, O. (1993). Toronto hospital takes leadership role in providing care for inner-city residents. Canadian Medical Association Journal, 148(10), 1780-1784.
240. Swanborough, T., & Parkes, R. (1994). Nursing care for people who are homeless. Australian Nursing Journal, 1(7), 34, 46.
241. Breakey, W. R. (1987). Treating the homeless. Alcohol Health and Research World, 11(3), 42-47.
242. Keighly, R. A. S., & Williams, H. M. (1975). Cost to NHS of social outcasts with organic disease. British Medical Journal, 2, 389.
243. Usherwood, T., Jones, N., & Hanover Project Team. (1993). Self-perceived health status of hostel residents: Use of the SF-36D health survey questionnaire. Journal of Public Health Medicine, 15(4), 311-314.
244. Davidson, A. G. (1983). Use and misuse of an accident and emergency department in the east end of London. Journal of Social Medicine, 76, 37-40.
245. Victor, C. R., Conelly, J., Roderick, D., & Cohen, C. (1989). Use of hospital services by homeless families in an inner London health district. British Medical Journal, 299, 725-727.
246. Benedict, S., & Fehder, W. P. (1993). Anesthesia for the homeless. Journal of the American Association of Nurse Anesthesia, 61(3), 309-313.
247. Reid, J. (1989). The homeless and the changing British National Health Services. American Journal of Public Health, 79(8), 965-966.
248. Marcos, L. R., & Cohen, N. L. (1986). Taking the suspected mentally ill off the streets to public general hospitals. New England Journal of Medicine, 315(18), 1158-1161.
249. Cohen, M. A. A., & Drouska, H. (1988). Treatment refusal in a rootless individual with medical problems. General Hospital Psychiatry, 10, 61-66.
250. Linn, L. S., & Gelberg, L. (1989). Priority of basic needs among homeless adults. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24, 23-29.
251. Institute of Medicine. (1988). Homelessness, health and human needs. Washington, DC: National Academy Press.

252. Bolden, A. J., & Kaste, L. M. (1995). Considerations in establishing a dental program for the homeless. Journal of Public Health Dentistry, 55(1), 28-33.
253. MacLean, U., & Naumann, L. M. (1979). Primary medical care for the single homeless: The Edinburgh experiment. Health Bulletin, 37, 6-10.
254. Powell, P. V. (1988). Primary health care for the single homeless. British Medical Journal, 297(6641), 84-85.
255. Powell, P. V. (1988). Qualitative assessment in the evaluation of the Edinburgh primary health care scheme for single homeless hostel dwellers. Community Medicine, 10(3), 185-196.
256. Bachrach, L. L. (1984). The homeless mentally ill and mental health services: An analytical review of the literature. In H. R. Lamb (Ed), The homeless mentally ill, (pp. 11-54). Washington, DC: American Psychiatric Association.
257. Bachrach, L. L. (1988). Issues in identifying and treating the homeless mentally ill. New Directions for Mental Health Services, 35, 43-62.
258. Bassuk, E. L., & Lauriat, A. (1984). The politics of homelessness. In H. R. Lamb (Ed), The homeless mentally ill, (pp. 301-314). Washington, DC: American Publishing Company.
259. Bassuk, E. L. (1984). The homelessness problem. Scientific American, 251(1), 40-45.
260. Cohen, N. L. (1992). What we must learn from the homeless mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 101.
261. Cohen, N. L., Putnam, J. F., & Sullivan, A. M. (1984). The mentally ill homeless: Isolation and adaptation. Hospital and Community Psychiatry, 35(9), 922-924.
262. Levine, I. S. (1984). Homelessness: Its implications for mental health policy and practice. Psychosocial Rehabilitation Journal, 8(1), 6-16.
263. Lipton, L. R., Sabatini, A., & Katz, S. E. (1983). Down and out in the city: The homeless mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 34(9), 817-822.
264. Rosenheck, R., Leda, C., Gallup, P., Astrachan, B., Milstein, R., Leaf, P., Thompson, D., & Errera, P. (1989). Initial assessment data from a 43-site program for homeless chronic mentally ill veterans. Hospital and Community Psychiatry, 40(9), 937-942.
265. Roth, D., Bean, G. J., & Hyde, P. S. (1986). Homelessness and mental health policy: Developping an appropriate role for the 1980's. Community Mental Health Journal, 22(3), 203-214.
266. Surber, R. W., Dwyer, E., Ryan, K. J., Goldfinger, S. M., & Kelly, J. T. (1988). Medical and psychiatric needs of the homeless. A preliminary response. Social Work, 33(2), 116-119.
267. Ulett, G. (1993). Hospitals without walls. Hospital and Community Psychiatry, 44(1), 82-83.
268. Lamb, H. R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the US. British Journal of Psychiatry, 162, 587-592.
269. North, C. R. (1994). Access to psychiatric services for homeless mentally ill people. British Journal of Nursing, 3(9), 446-449.
270. Belcher, J. R. (1989). On becoming homeless: A study of chronically mentally ill persons. Journal of Community Psychology, 17(2), 173-185.
271. Lezak, A. D. (1985). Synopses of NIMH-Funded research projects on the homeless mentally ill. National Institute of Mental Health.
272. Fischer, P. J. (1989). Estimating the prevalence of alcohol, drug and mental health problems in the contemporary homeless population: A review of the literature. Contemporary Drug Problems, Fall, 333-389.
273. Susser, E. A., Conover, S., & Struening, E. L. (1989). Problems of epidemiologic method in assessing the type and extent of mental illness among homeless adults. Hospital and Community Psychiatry, 40(3), 261-265.
274. Arce, A. A., Tadlock, M., Vergare, M. J., & Shapiro, S. H. (1983). A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. Hospital and Community Psychiatry, 34(9), 812-817.

275. Herrman, H. E., McGorry, P., Bennett, P., Vanriel, R., McKenzie, D., & Singh, B. (1989). Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. American Journal of Psychiatry, 146(9), 1179-1184.
276. Koegel, P., Burnam, M., & Farr, R. K. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Archives of General Psychiatry, 45, 1085-1092.
277. Sacks, J. M., Philips, J. E., & Cappelletty, G. (1987). Characteristics of the homeless mentally disordered population in Fresno county. Community Mental Health Journal, 23(2), 114-119.
278. Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-958.
279. North, C. S., & Smith, E. M. (1993). A systematic study of mental health services utilization by homeless men and women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, 77-83.
280. Wandall-Holm, N., & Nordentoft, M. (1994). Social conditions and mental illness among homeless people in Copenhagen. In A. Beigel, J. J. Lopez Ibor, & J. A. Costa e Silva (Eds), Past, present and future of psychiatry Vol. 2, (pp. 1209-1212). : World Scientific Publishing Co.
281. Gelberg, L., & Linn, L. S. (1989). Psychological distress among homeless adults. Journal of Nervous and Mental Disease, 177(5), 291-295.
282. Harris, S. N., Mowbray, C. T., & Solarz, A. (1994). Physical health, mental health, and substance abuse problems of shelter users. Health and Social Work, 19(1), 37-45.
283. Schutt, R. K., Meschede, T., & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. Journal of Health and Social Behavior, 35, 134-142.
284. Toro, P. A., Bellavia, C. W., Daeschler, C. V., Owens, B. J., Wall, D. D., & Passero, J. M. (1995). Distinguishing homelessness from poverty: A comparative study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(2), 280-289.
285. Rosnow, M. J., Shaw, T., & Stapleton-Concord, C. (1986). Study of homeless ill persons in Milwaukee. Psychosocial Rehabilitation Journal, 9(4), 64-77.
286. Kales, J. P., Barone, M. A., Bixler, E. O., Miljkovic, M. M., & Kales, J. D. (1995). Mental illness and substance use among sheltered homeless persons in lower-density population areas. Psychiatric Services, 46(6), 592-595.
287. Linn, L., Gleber, L., & Leake, B. (1990). Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low income users of a medical clinic. Hospital and Community Psychiatry, 41(3), 306-310.
288. Smith, E. M., North, C. S., & Spitznagel, E. L. (1993). Alcohol, drugs, and psychiatric comorbidity among homeless women: An epidemiologic study. Journal of Clinical Psychiatry, 54(3), 82-87.
289. Herzberg, J. L. (1987). No fixed abode. A comparison of men and women admitted to an East London psychiatric hospital. British Journal of Psychiatry, 150, 621-627.
290. Schutt, R. K., & Garrett, G. R. (1988). Social background, residential experience, and health problems of the homeless. Psychosocial Rehabilitation Journal, 12(2), 67-71.
291. Towber, R., & Ladner, S. (1985). Psychiatric indication and alcohol abuse among public shelter clients.
292. North, C. S., & Smith, E. M. (1994). Comparison of white and nonwhite homeless men and women. Social Work, 39(6), 639-647.
293. Peddicord, M., Whitley, M. P., Osborne, O. H., Godgrey, M. A., & Johnston, K. (1985). A point prevalence study of alcoholism and mental illness among downtown migrants. Social Science and Medicine, 20(6), 579-583.
294. Hannappel, M., Calsyn, R. J., & Morse, G. A. (1989). Mental illness in homeless men: A comparison of shelter and street samples. Journal of Community Psychology, 17(4), 304-310.

295. Fournier, L., Mercier, C., Reynault, M. -, Ohayon, M., & Caulet, M. (1993). Reaching the most destitute of the homeless: When success turns to failure. Contemporary Drug Problems, 20(3), 415-431.
296. Acorn, S. (1993). Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. Hospital and Community Psychiatry, 44(9), 854-857.
297. Padgett, D. K., & Struening, E. L. (1991). Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. Hospital and Community Psychiatry, 42(8), 834-838.
298. Levine, I. S., & Huebner, R. B. (1991). Homeless persons with alcohol, drug, and mental disorders. American Psychologist, 46(11), 1113-1114.
299. Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. American Psychologist, 46(11), 1115-1128.
300. Simons, R. L., Whitbeck, L. B., & Bales, A. (1989). Life on the streets: Victimization and psychological distress among the adult homeless. Journal of Interpersonal Violence, 4(4), 482-501.
301. Drake, R. E., Wallach, M. A., & Hoffman, J. S. (1989). Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. Hospital and Community Psychiatry, 40(1), 46-51.
302. Drake, R. E., Ocher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. American Psychologist, 46(11), 1149-1158.
303. Rahav, M., & Link, B. G. (1995). When social problems converge: Homeless, mentally ill, chemical misusing men in New York City. International Journal of the Addictions, 30(8), 1019-1042.
304. Susser, E., Valencia, E., & Conover, S. (1993). Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York city men's shelter. American Journal of Public Health, 83(4), 568-570.
305. Stewart, D. L., Zuckerman, C. J., & Ingle, J. M. (1994). HIV seroprevalence in a chronically mentally ill population. Journal of the National Medical Association, 86, 519-523.
306. Feitel, B., Margetson, N., Chamas, J., & Lipman, C. (1992). Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 155-159.
307. Susser, E. A., Lin, S. P., Conover, S. A., & Struening, E. L. (1991). Childhood antecedents of homelessness in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, 148(8), 1026-1030.
308. Drake, R. E., Wallach, M. A., Teague, G. B., Freeman, D. H., Paskus, T. S., & Clark, T. A. (1991). Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry, 148(3), 330-336.
309. Solomon, P. L., Draine, J. N., Marcenko, M. O., & Meyerson, A. T. (1992). Homelessness in a mentally ill urban jail population. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 169-171.
310. Belcher, J. R., & Toomey, B. C. (1988). Relationship between the deinstitutionalization model, psychiatric disability and homelessness. Health and Social Work, 13(2), 145-153.
311. Lamb, H. R., & Lamb, D. M. (1990). Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 41(3), 301-305.
312. Caton, C. L. M., & Goldstein, J. (1984). Housing change of chronic schizophrenic patients: A consequence of the revolving door. Social Science and Medicine, 19(7), 759-764.
313. Lamb, H. R. (1984). Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. In H. R. Lamb (Ed), The homeless mentally ill, (pp. 55-74). Washington, DC: American Psychiatric Association.
314. Shanks, N. J. (1989). Previously diagnosed psychiatric illness among inhabitants of common lodging houses. Journal of Epidemiology and Community Health, 43, 375-379.

315. Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A., & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. American Journal of Public Health, 84(2), 265-270.
316. Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., & Felix, A. (1994). Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men. Psychological Medicine, 24, 681-688.
317. Morse, G., & Calsyn, R. J. (1986). Mentally disturbed homeless people in St. Louis: Needy, willing, but underserved. International Journal of Mental Health, 14(4), 74-94.
318. Fournier, L., Ohayon, M., Caulet, M., & Gaudreau, J. (1994). Exploring the relationship between homelessness and mental disorders. In A. Beigel, J. J. Lopez Ibor, & J. A. Costa e Silva (Eds), Past, present and future of psychiatry Vol. 2, (pp. 1329-1333). : World Scientific Publishing Co.
319. Bachrach, L. L. (1985). Disability among the homeless mentally ill. In A. T. Meyerson, & T. Fine (Eds), Psychiatric disability: Clinical, administrative and legal, (pp. 1-19). : American Psychiatric Press Inc.
320. Milburn, N., & D'Ercole, A. (1991). Homeless women: Moving toward a comprehensive model. American Psychologist, 46(11), 1161-1169.
321. Appleby, L., & Desai, P. N. (1987). Residential instability: A perspective on system imbalance. American Journal of Orthopsychiatry, 57(4), 515-524.
322. Lamb, H. R. (1982). Young adult chronic patients: The new drifters. Hospital and Community Psychiatry, 33(6), 465-468.
323. Rousseau, A. M. (1981). Shopping bag ladies. New York: Pilgrim Press.
324. Baxter, E., & Hopper, K. (1982). The new mendicacy: Homeless in New York City. American Journal of Orthopsychiatry, 52(3), 393-408.
325. Koegel, P., & Burnam, M. (1992). Problems in the assessment of mental illness among the homeless: An empirical approach. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 77-99). New York: Plenum Press.
326. La Gory, M., Ritchey, F. J., & Mullis, J. (1990). Depression among the homeless. Journal of Health and Social Behavior, 31(March), 87-101.
327. Frazier, S. H. (1985). Responding to the needs of the homeless mentally ill. Public Health Reports, 100(5), 462-469.
328. Hopper, K. (1988). More than passing strange: Homelessness and mental illness in New York City. American Ethnologist, 15(1), 155-167.
329. Morse, G., & coll. (1985). Homeless people in St-Louis: A mental health program evaluation, field study, and follow-up investigation. MO: Department of Mental Health.
330. Roth, D., & Bean, G. J. (1986). New perspectives on homelessness: Findings from a statewide epidemiological study. Hospital and Community Psychiatry, 37(7), 712-719.
331. Mowbray, C., Solarz, A., Combs, C., & Johnson, V. S. (1986). Mental illness and homelessness in Detroit: Research and case studies. Rehabilitation Journal, 10(2), 5-13.
332. Lomas, E., & Honnard, R. (1987). Development of a model community mental health program to serve the homeless mentally ill. Los Angeles, CA: LA Department of Mental Health.
333. Rog, D. J. (1988). Engaging homeless persons with mental illness Into treatment. Alexandria, VA: National Mental Health Association.
334. Drake, R. E., & Adler, D. A. (1984). Shelter is not enough: Clinical work with the homeless mentally ill. In H. R. Lamb (Ed), The homeless mentally ill, (pp. 141-152). Washington, DC: American Psychiatric Association.
335. Fournier, L., Toupin, J., Ohayon, M., Caulet, M., & Crocker, A. Homeless mentally ill and utilization of mental health services, World Psychiatric Association, Section of Epidemiology and Community Psychiatry, 1993, septembre 1 Groningen, Netherlands.
336. Fournier, L., Toupin, J., Ohayon, M., & Caulet, M. Itinérance et utilisation des services en santé mentale, Congrès de la Fédération internationale d'épidémiologie psychiatrique, 1993, avril 14 Lisbonne, Portugal.

337. Sachs-Ericsson, N., Ciarlo, J. A., Tweed, D., Dilts, S., & Casper, E. (1994). The Colorado homeless mentally ill: Users and nonusers of services: An empirical investigation of "difficult to treat" characteristics. Journal of Community Psychology, 22, 339-345.
338. Appleby, L., & Desai, P. N. (1985). Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. Hospital and Community Psychiatry, 36(7), 732-737.
339. Baxter, E., & Hopper, K. (1980). Poor housing for mentally disabled. Harms community living policy. Part II. City Limits, April, 20-22.
340. Baxter, E., & Hopper, K. (1980). Poor housing for mentally disabled. Harms community living policy, Part I. City Limits, 1(March), 4-5, 23.
341. Kalifon, S. Z. (1989). Homelessness and mental illness: Who resorts to state hospitals? Human Organization, 48(3), 268-273.
342. Bawden, E. L. (1990). Reaching out to the chronically mentally ill homeless. Journal of Psychosocial Nursing, 28(3), 8-13.
343. Herman, D. B., Struening, E. L., & Barrow, S. M. (1993). Self assessed need for mental health services among homeless adults. Hospital and Community Psychiatry, 44(12), 1181-1183.
344. Chafetz, L. (1990). Withdrawal from the homeless mentally ill. Community Mental Health Journal, 26(5), 449-461.
345. Cohen, N. L. (1990). Stigma is in the eye of the beholder: A hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. Bulletin of the Menninger Clinic, 54(2), 255-258.
346. Shaner, A. (1989). Asylums, asphalt, and ethics. Hospital and Community Psychiatry, 40(8), 785-786.
347. Lamb, H. R., & Talbott, J. A. (1986). The homeless mentally ill: The perspective of the American Psychiatric Association. Journal of the American Medical Association, 256(4), 498-501.
348. National Mental Health Association. (1985). Mentally ill people who are homeless: Recommendations for action by MHA affiliates. National Mental Health Association.
349. Talbott, J. A., & Lamb, H. R. (1987). The homeless mentally ill. Archives of Psychiatric Nursing, 1(6), 379-384.
350. Bennet, M. E., Gudeman, J. E., Jenkins, L., Brown, A., & Bennett, M. B. (1988). The value of hospital-based treatment for the homeless mentally ill. American Journal of Psychiatry, 145(10), 1273-1276.
351. Marcos, L. R., Cohen, N. L., Nardacci, D., & Brittain, J. (1990). Psychiatry takes to the streets: The New York city initiative for the homeless mentally ill. American Journal of Psychiatry, 147(11), 1557-1561.
352. Cohen, N., & Marcos, L. (1986). Psychiatric care of the homeless mentally ill. Psychiatric Annals Contemporary Psychiatry, 16(12), 729-732.
353. Christ, W. R., & Hayden, S. L. (1989). Discharge planning strategies for acutely homeless inpatients. Social Work in Health Care, 14(1), 33-45.
354. Breakey, W. R. (1992). Mental health services for homeless people. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 101-107). New York: Plenum Press.
355. Segal, S. P., & Baumohl, J. (1985). News and views: The community living room. Social case work. Journal of Contemporary Social Work, (February), 111-116.
356. Los Angeles County Department of Mental Health Service. (1986). Gold award: A network of services for the homeless chronic mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 37(11), 1148-1151.
357. Solomon, P. L. (1988). Services to severely mentally disabled homeless persons and to emergency food and shelters providers. Psychosocial Rehabilitation Journal, 12(2), 4-13.
358. Segal, S. P., & Baumohl, J. (1980). Engaging the disengaged: Proposals on madness and vagrancy. Social Work, 25(5), 358-365.
359. Martin, M. A., & Nayowith, S. A. (1988). Creating community = groupwork to develop social support networks with homeless mentally ill. Social Work with Groups, 11(4), 78-93.

360. Putman, J. F., & coll. (1986). Innovative outreach services for the homeless mentally ill. International Journal of Mental Health, 14(4), 112-124.
361. Ungerleider, J. T., Andrysiak, T., Siegel, N., Tidwell, D., & Flynn, T. (1992). Mental health and homelessness: The clinician's view. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 109-116). New York: Plenum Press.
362. Kellermann, S. L., Harper, R. S., Hopkins, M., & Nayowith, G. B. (1985). Psychiatry and homelessness: Problems and programs. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 179-188). New York: Springer Publishing Company.
363. Cohen, M. B. (1989). Social work practice with homeless mentally ill people: Engaging the client. Social Work, 34(6), 505-509.
364. Lamb, H. R. (1990). Will we save the homeless mentally ill? American Journal of Psychiatry, 147(5), 649-651.
365. Wasylenki, D. A., Goering, P. N., Lemire, D., Lindsey, S., & Lancee, W. (1993). The hostel outreach program: Assertive case management for homeless mentally ill persons. Hospital and Community Psychiatry, 44(9), 848-857.
366. Rog, D. J., Andranovich, G. D., & Rosenblum, S. (1987). Intensive case management for persons who are homeless and mentally ill: A review of community support program and human resource development program efforts. VOL1: General findings; VOL2: State and local project summaries; VOL3: Annotated bibliography. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
367. Billig, N. S., & Levinson, C. (1987). Homelessness and case management in Montgomery County. Maryland: A focus on chronic mental illness. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(1), 59-66.
368. Goering, P., Wasylenski, D., St-Onge, M., Paduchak, D., & Lancee, W. (1992). Gender differences among clients of a case management program for the homeless. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 160-165.
369. Moxley, D. P., & Freddolino, P. P. (1991). Needs of homeless people coping with psychiatric problems: Findings from an innovative advocacy project. Health and Social Work, 16(1), 19-26.
370. Blankertz, L., & White, K. K. (1990). Implementation of rehabilitation program for dually diagnosed homeless. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 149-164.
371. Kline, J., Harris, M., Bebout, R. R., & Drake, R. E. (1991). Contrasting integrated and linkage models of treatment for homeless, dually diagnosed adults. New Directions for Mental Health Services, (50), 95-106.
372. Harris, M., & Bachrach, L. L. (1990). Perspectives on homeless mentally ill women. Hospital and Community Psychiatry, 41(23), 253-254.
373. Stoner, M. R. (1989). Money management services for the homeless mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 40(7), 751-753.
374. Dixon, L., Friedman, N., & Lehman, A. (1993). Compliance of homeless mentally ill persons with assertive community treatment. Hospital and Community Psychiatry, 44(6), 581-583.
375. Shore, M. F., & Cohen, M. D. (1992). Homelessness and the chronically mentally ill. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 67-75). New York: Plenum Press.
376. Lipton, F. R., Nutt, S., & Sabatini, A. (1988). Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach. Hospital and Community Psychiatry, 39(1), 40-45.
377. Rafferty, P. (1986). St Francis, a model for assisting the chronically mentally ill. New York Law School Human Rights Annual, Fall.
378. Caucus des Maires des Grandes Villes. (1991). Plan d'Action National sur l'Habitation et les Sans-Abri, Montréal: Fédération Canadienne des Municipalités.

379. Bybee, D., Mowbray, C. T., & Cohen, E. H. (1995). Evaluation of a homeless mentally ill outreach program: Differential short-term effects. Evaluation and Program Planning, 18(1), 13-24.
380. Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., & Kenny, D. A. (1994). Helping homeless mentally ill people: What variables mediate and moderate program effects? American Journal of Community Psychology, 22(5), 661-683.
381. Armussen, S. M., Romano, J., Beatty, P., Gasarch, L., & Shaughnessey, S. (1994). Old answers for today's problems: Integrating individuals who are homeless with mental illness into existing community-based programs a case study of Fountain House. Psychosocial Rehabilitation Journal, 18(1), 75-92.
382. Martin, M. A. (1990). The homeless mentally ill and community-based care: Changing a mindset. Community Mental Health Journal, 26(5), 435-447.
383. Stark, L. R. (1986). Strangers in a strange land: The chronically mentally ill homeless. International Journal of Mental Health, 14(4), 95-111.
384. Caton, C. L. M., Wyatt, R. J., Grunberg, J., & Felix, A. (1990). An evaluation of a mental health program for homeless men. American Journal of Psychiatry, 147(3), 286-289.
385. Berman-Rossi, T., & Cohen, M. B. (1988). Group development and shared decision making working with homeless mentally ill women. Social Work with Groups, 11(4), 63-78.
386. Murray, R., Baier, M., North, C., Lato, M., & Eskew, C. (1995). Components of an effective transitional residential program for homeless mentally ill clients. Archives of Psychiatric Nursing, 9(3), 152-157.
387. Beckmann Murray, R., & Baier, M. (1993). Use of therapeutic milieu in a community setting. Journal of Psychosocial Nursing, 31(10), 11-16.
388. Caton, C. L. M., Wyatt, R. J., Felix, A., Grunberg, J., & Dominguez, B. (1993). Follow-up of chronically homeless mentally ill men. American Journal of Psychiatry, 150(11), 1639-1642.
389. Anonymous. (1995). Data from five demonstrating projects indicate homeless mentally ill can be helped. Psychiatric Services, 46(3), 301-302.
390. Chafetz, L. (1988). Perspectives for psychiatric nurses on homelessness. Mental Health Nursing, 9, 325-335.
391. Roth, D., & Hyde, P. S. (1988). Translating research into public policy: Ohio's coordinated response to the problems of homelessness. Columbus, Ohio: Ohio Department of Mental Health.
392. Sharidan, M. J., Gowen, N., & Halpin, S. (1993). Developing a practice model for the homeless mentally ill: Families in society. Journal of Contemporary Human Services, 74(7), 410-421.
393. Dexter, R. A. (1990). Treating homeless and mentally ill substance abusers in Alaska. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 25-30.
394. Blankertz, L. E., & Cnaan, R. A. (1993). Serving the dually diagnosed homeless: Program development and interventions. Journal of Mental Health Administration, 20(2), 100-112.
395. Rosenheck, R., Gallup, P., & Frisman, L. K. (1993). Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans. Hospital and Community Psychiatry, 44(12), 1166-1171.
396. Dende, J. D., & Kline, J. D. (1995). Overcoming crack, schizophrenia, and homelessness: A comprehensive case management approach. New Directions for Mental Health Services, 65, 53-69.
397. Garrett, G. R., & Bahr, H. M. (1973). Women on skid row. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1228-1243.
398. Bahr, H. (1970). Homelessness, disaffiliation, and retreatism. In H. M. Bahr (Ed.), Disaffiliated man: Essays and bibliography on skid row, vagrancy and outsiders, (pp. 39-50). : University of Toronto Press.
399. Strauss, R. (1946). Alcohol and the homeless men. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 7, 360-404.

400. Rubington, E. (1968). The bottle gang. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 29, 943-955.
401. Bogue, D. J. (1963). Skid row in American cities. Chicago, IL: University of Chicago. Community and Family Study Center.
402. Spradley, J. P. (1970). You owe yourself a drunk: An ethnography of urban nomads. Boston, MA: Little, Brown.
403. Blumberg, L. U., Shipley, T. E., & Barsky, S. F. (1978). Liquor and poverty. Skid row as a human condition, New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
404. Wiseman, J. P. (1970). Stations of the lost: The treatment of skid row alcoholics. New York: Prentice-Hall.
405. Schutt, R. K., & Garrett, G. R. (1992). The homeless alcoholics: Past and present. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 177-186). New York: Plenum Press.
406. Borg, S. (1978). Homeless men. A clinical and social study with special reference to alcohol abuse. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 276, 1-90.
407. Patch, L. (1971). Homeless men in London: 1. Demographic findings in a lodging house sample. British Journal of Psychiatry, 118, 313-317.
408. Edwards, G., Williamson, V., Hawker, A., Hensman, C., & Postoyan, S. (1968). Census of a reception center. British Journal of Psychiatry, 114, 1031-1039.
409. Morgan, R., Geffner, E. I., Kiernan, E., & Cowles, S. (1985). Alcoholism and the homeless. In P. W. Brickner, L. R. Scharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 131-150). New York: Springer Publishing Company.
410. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1991). Alcohol, drug abuse, and mental health problem among homeless persons: A review of the literature, 1980-1990. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
411. Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1987). Profile of the Baltimore homeless with alcohol problems. Alcohol Health and Research World, 11(3), 36-37.
412. Fournier, L. (1989). La clientèle des refuges de Montréal. Unpublished doctoral dissertation, Département de Santé Communautaire, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec.
413. Koegel, P., & Burnam, M. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. Archives of General Psychiatry, 45, 1011-1018.
414. Newton, J. R., Geddes, J. R., Bailey, S., Freeman, C. P., McAleavy, A., & Young, G. C. (1994). Mental health problems of the Edinburgh 'roofless'. British Journal of Psychiatry, 165, 537-540.
415. Wright, J. D., Knight, J. W., Weber-Burdin, E., & Lam, J. (1987). Aliments and alcohol: Health status among the drinking homeless. Alcohol Health and Research World, 11(3), 22-27.
416. McCarty, D., Argeriou, M., Huebner, R. B., & Lubran, B. (1991). Alcoholism, drug abuse, and the homeless. American Psychologist, 46(11), 1139-1148.
417. Gelberg, L., & Leake, B. D. (1993). Substance use among impoverished medical patients: The effect of housing status and other factors. Medical Care, 31(9), 757-766.
418. Dennis, D. (1987). Research methodologies concerning homeless persons with serious mental illness and/or substances abuse disorders. Albany, NY: New York State Office of Mental Health.
419. Spinner, G. F., & Leaf, P. J. (1992). Homelessness and drug abuse in New Haven. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 166-168.
420. Archard, P. (1979). Vagrancy, alcoholism and social control. London: MacMillan.
421. Cook, T. (1975). Vagrant alcoholics. London: Routledge and Kegan Paul.
422. Dumont, M. P. (1967). Tavern culture: The sustenance of homeless men. American Journal of Orthopsychiatry, 37, 938-945.
423. Strauss, R., & McCarthy, R. G. (1951). Nonaddictive pathological drinking patterns of homeless men. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 12, 601-611.

424. Shandler, I. W., & Shipley, T. E. J. (1987). New focus for an old problem: Philadelphia's response to homelessness. Alcohol Health and Research World, 11(3), 54-57.
425. Castaneda, R., Lifshutz, H., Galanter, M., & Franco, H. (1993). Age at onset of alcoholism as a predictor of homelessness and drinking severity. Journal of Addictive Diseases, 12(1), 65-77.
426. Feldman, J., Su, W. H., Kaley, M. M., & Kissin, B. (1974). Skid row and inner city alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35(2), 565-576.
427. Hartz, D., Banys, P., & Hall, S. M. (1994). Correlates of homelessness among substance abuse patients at a VA medical center. Hospital and Community Psychiatry, 45(5), 491-493.
428. Bahr, H., & Garrett, G. R. (1976). Women alone. Lexington, MA: Lexington Books.
429. Corrigan, E. M., & Anderson, S. C. (1984). Homeless alcoholic women on skid row. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10(4), 535-549.
430. Annis, H. M. (1979). The detoxication alternatives to the handling of public inebriates. The Ontario experience. Journal of Studies on Alcohol, 40(3), 196-210.
431. Wright, D., & Weber, E. (1987). Homelessness and health. McGraw-Hill Book Co.
432. Raka, J. M., Joseph, H., Avery, R., Torres, R. A. et al. (1990). In P. W. Brickner et al. (Eds), Homelessness and AIDS.
433. Padgett, D. K., & Struening, E. L. (1992). Victimization and traumatic injuries among the homeless: Associations with alcohol, drug, and mental problems. American Journal of Orthopsychiatry, 62(4), 525-534.
434. Ritchey, F. J., La Gory, M., & Mullis, J. (1991). Gender differences in health risks and physical symptoms among the homeless. Journal of Health and Social Behavior, 32(1), 33-48.
435. Garret, G. R., & Schutt, R. K. (1989). The homeless alcoholic, past and present. In The Boston Foundation (Ed), Homelessness: Critical issues for policy and practice, (pp. 29-32). Boston, MA: The Boston Foundation.
436. Herman, M., Galanter, M., & Lifshutz, H. (1991). Combined substance abuse and psychiatric disorders in homeless and domiciled patients. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17(4), 415-422.
437. Blankertz, L. E., Cnaan, R. A., White, K., Fox, J., & Messinger, K. (1990). Outreach efforts with dually diagnosed homeless persons: Family in society. Journal of Contemporary Human Services, September, 387-397.
438. Belcher, J. R., & Ephross, P. H. (1989). Toward an effective practice model for the homeless mentally ill. Social Casework, 70(7), 421-427.
439. Benda, B. B., & Schroepfer, T. A. (1995). Current drinking among the homeless according to past psychiatric and substance abuse treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 12(1), 33-47.
440. Moore, H. A., & Yegidis, B. (1982). Nobody's clients: Females, alcohol and skid row. Journal of Drug Issues, 12(3), 251-259.
441. Klee, H., & Morris, J. (1995). Factors that characterize street injectors. Addiction, 90, 837-841.
442. Stoil, M. (1987). Salvation and sobriety. Alcohol, Health and Research World, 11, 14-17.
443. Stern, G. (1967). Public drunkenness: Crime or health problem. Annals of the American Academy of Political and Social Science, 374, 147-156.
444. Rubington, E. (1982). The chronic drunkenness offender on skid row. In L. Gombert-Lisansky (Ed), Alcohol, science and society revisited, (pp. 322-336). Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press.
445. Osborne, A. C., & Smart, R. G. (1982). Reactions to research: The case of the evaluation of Ontario's detoxication centers. British Journal of Addiction, 77, 175-282.
446. Room, R. (1976). Comment on the uniform alcoholism and intoxication treatment act. Journal of Studies on Alcohol, 37, 113-144.

447. Fagan, R. W., & Mauss, A. L. (1978). Pading the revolving door: An initial assessment of the uniform alcoholism and intoxication treatment act in practice. Social Problems, 26(2), 232-246.
448. Saad, S., & Young, D. W. (1987). Nonmedical treatment of indigent alcoholics: A review of recent research findings. Alcohol, Health and Research World, 11(3), 48-49, 53.
449. Annis, H. M., & Liban, C. B. (1979). A follow-up study of male halfway-house residents and matched nonresident controls. Journal of Studies on Alcohol, 40(1), 63-69.
450. Annis, H. M., & Smart, R. G. (1978). Arrests, readmissions and treatment following release from detoxication centers. Journal of Studies on Alcohol, 39(7), 1276-1283.
451. Smart, R. G., Gray, G., Finley, J., & Carpen, R. (1977). A comparison of recidivism rates for alcoholic detox residents referred to hospital halfway houses, and outpatient facilities. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 4, 223-232.
452. Sparadeo, F. R., Zwick, W. R., Ruggiero, S. D., & coll. (1982). Evaluation of a social setting detoxication program. Journal of Studies on Alcohol, 43, 1124-1136.
453. O'Briant, R., Petersen, N. W., & Heacock, D. (1977). How safe is social setting detoxication. Alcohol Health and Research World, Winter, 22-27.
454. Daggett, L. R., & Rolde, E. J. (1977). Decriminalization of public drunkenness. Archives of General Psychiatry, 34, 937-941.
455. Hamilton, J. R. (1979). Evaluation of a detoxification service for habitual drunken offenders. British Journal of Psychiatry, 135, 28-34.
456. Kessel, N., Makenjuola, J. D. A., Rossall, C. J., & coll. (1984). The Manchester detoxification service. The Lancet, (April), 839-842.
457. Regier, M. C. (1979). Social policy in action: Perspective on the implementation of alcoholism reforms. Lexington, MA: Lexington Books.
458. Rubington, E. (1975). Top and bottom: How police administrators and public inebriates view decriminalization. Journal of Drug Issues, 5, 412-425.
459. Smart, R. G., Finley, J., & Funston, R. (1977). The effectiveness of post-detoxication referrals: Effects on later detoxication admissions, drunkenness and criminality. Drug and Alcohol Dependence, 2(1), 149-155.
460. Finn, P. E., & Sullivan, M. (1988). Police respond to special populations: Handling the mentally ill, public inebriate, and the homeless. National Institute of Justice Reports, 209, 2-8.
461. McCarty, D., Argeriou, M., Krakow, M., & Mulvey, M. (1990). Stabilization services for homeless alcoholics and drug addicts. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 31-45.
462. Argeriou, M., & McCarthy, D. (1993). The use of shelters as substance abuse stabilization sites. Journal of Mental Health Administration, 20(2), 126-137.
463. Weiler, J. M. (1978). Health care for chronic alcohol abusers. Canadian Medical Association Journal, 119, 633-635.
464. Baker, F. M. (1985). "Capture" of the skid-row alcoholic. General Hospital Psychiatry, 7, 138-143.
465. Hartz, D. T., Banys, P., & Hall, S. M. (1995). Repeat users of substance abuse services at a VA medical center. Psychiatric Services, 46(3), 285-287.
466. Wilhite, J. (1992). Public policy and the homeless alcoholic: Rethinking our priorities for treatment programs. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homeless: A national perspective, (pp. 187-196). New York: Plenum Press.
467. Garrett, G. R., & Bahr, H. M. (1976). The family backgrounds of skid row women. Signs, 2(2), 369-381.
468. Bissell, L., & Sweeney, G. (1981). Alcoholism outreach in single room occupancies. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8(2), 215-224.
469. Gallant, D. M., Bishop, M. P., Mouledoux, A., & coll. (1973). The revolving-door alcoholic. An impasse in the treatment of alcoholic. Archives of General Psychiatry, 28, 633-635.

470. Blumberg, L. U., Shipley, T. E. J., & Shandler, I. W. (1973). Skid row and its alternatives: Research and recommendations from Philadelphia. Philadelphia, PA: Temple University Press.
471. Ogborne, A. C., & Smart, R. G. (1976). Halfway houses for skid row alcoholics; are they rehabilitative? Addictive Behaviors, 1, 305-309.
472. Lubran, B. (1990). Alcohol and drug abuse among the homeless population: A national response. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 11-23.
473. Ogborne, A. C., & Wilmot, R. (1979). Evaluation of an experimental counseling service for male skid row alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 40(1), 129-133.
474. McCarty, D. (1990). Nine demonstration grants: Nine approaches. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 1-9.
475. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1988). Synopses of community demonstration projects for alcohol and drug abuse treatment of homeless individuals. U.S. Department of Health and Human Services.
476. Grella, C. E. (1993). A residential recovery program for homeless alcoholics: Differences in program recruitment and retention. Journal of Mental Health Administration, 20(2), 90-99.
477. Abel, M. H., & Cummings, P. (1993). A demonstration program for homeless male alcohol and other drug abusers. Journal of Mental Health Administration, 20(2), 113-125.
478. Stahler, G. J., Shipley, T. E., Bartelt, D., Westcott, D., Griffith, E., & Shandler, I. (1993). Retention issues in treating homeless polydrug users: Philadelphia. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 201-215.
479. Lapham, S. C., Hall, M., McMurray-Avila, M., & Beaman, H. (1993). Albuquerque's community-based housing and support services demonstration program for homeless alcohol abusers. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 139-154.
480. Franklin, J. E., Lindenthal, J. J., & Sufian, M. (1993). Barriers to the implementation of a program for inner-city, homeless substance abusers on general assistance: Newark. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 65-76.
481. Raczynski, J. M., Schumacher, J. E., Milby, J. B., Michael, M., Engle, M., Lerner, M., & Woolley, T. (1993). Comparing two substance abuse treatments for the homeless: The Birmingham project. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 217-232.
482. Pope, A. R., Conrad, K. J., Baxter, W., Elbaum, P., Lisiecki, J., Daghestani, A., Hultman, C., & Lyons, J. (1993). Case management residential care for homeless addicted veterans: Evanston/VA. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 155-168.
483. Kirby, M. W., & Braucht, G. N. (1993). Intensive case management for homeless people with alcohol and other drug problems: Denver. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 187-200.
484. Huebner, R. B., Perl, H. I., Murray, P. M., Scott, J. E., & Tununjian, B. A. (1993). The NIAAA cooperative agreement program for homeless persons with alcohol and other drug problems: An overview. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 5-20.
485. Cox, G. B., Meijer, L., Carr, D. I., & Freng, S. A. (1993). Systems alliance and support (SAS): A program of intensive case management for chronic public inebriates: Seattle. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 125-138.
486. Conrad, K. J., Hultman, C. I., & Lyons, J. S. (1993). Treatment of the chemically dependent homeless: A synthesis. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 235-248.
487. Sosin, M. R., Schwingen, J., & Yamaguchi, J. (1993). Case management and supported housing in Chicago: The interaction of program resources and client characteristics. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 35-50.
488. Leaf, P. J., Thompson, K. S., Lam, J. A., Jekel, J. F., Armand, E. T., Evans, A. E., Martinez, J. S., Rodriguez, C., Westman, W. C., Johnston, P., Rowe, M., Hartwell, S., Blue, H., & Harp, T. (1993). Partnerships in recovery: Shelter-based services for homeless cocaine abusers: New Haven. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 77-90.
489. Stevens, S. J., Reed Erickson, J., Carnell Tent, J., Chong, J., & Gianas, P. (1993). A therapeutic community model for treatment of homeless alcohol and drug users in Tucson, Arizona. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 21-32.

490. Wright, J. D., Devine, J. A., & Eddington, N. (1993). The New Orleans homeless substance abusers program. Alcoholism Treatment Quarterly, 10(3-4), 51-64.
491. Bennett, R. W., Weiss, H. L., & West, B. R. (1990). Alameda county department of alcohol and drug programs comprehensive homeless alcohol recovery services (CHARS). Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 111-127.
492. Bonham, G. S., Hague, D. E., Abel, M. H., Cummings, P., & Deutsch, R. S. (1990). Louisville's project connect for the homeless alcohol and drug abuser. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 57-77.
493. Willenbring, M. L., Whelan, J. A., Dahlquist, J. S., & O'Neal, M. E. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate I: Implementation. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 79-97.
494. Bennett, J. B., & Scholler-Jaquish, A. (1995). The winner's group: A self-help group for homeless chemically dependent persons. Journal of Psychosocial Nursing, 33(4), 14-19.
495. Burling, T. A., Seidner, A. L., Salvio, M. -, & Marshall, G. D. (1994). A cognitive-behavioral therapeutic community for substance dependent and homeless veterans: Treatment outcome. Addictive Behaviors, 19(6), 621-629.
496. Bazemore, G., & Cruise, P. L. (1993). Resident adaptations in an alcoholics anonymous - based residential program for the urban homeless. Social Service Review, (December), 599-616.
497. Mercier, C., & Racine, G. (1993). Résultats d'un programme de suivi communautaire pour femmes sans abri alcooliques et toxicomanes. Intervention, 94, 15-28.
498. Turner, S. (1979). Community residential treatment for skid row alcoholics. Health and Social Work, 4(4), 163-180.
499. Korenbaum, S., & Burney, G. (1987). Program planning for alcohol-free living centers. Alcohol Health and Research World, 11(3), 68-73.
500. Wittman, F. D. (1989). Housing models for alcohol programs serving homeless people. Contemporary Drug Problems, Fall, 483-504.
501. Wittman, F. D. (1987). Alcohol, architecture and homelessness. Alcohol, Health and Research World, 11(3), 74-79.
502. Wright, A., Mora, J., & Hughes, L. (1990). The sober transitional housing and employment project (STHEP): Strategies for long-term sobriety, employment and housing. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 47-55.
503. Thomas, L., Kelly, M., & Cousineau, M. (1990). Alcoholism and substance abuse. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, B. A. Conanan, & B. C. Scanlan (Eds), Under the safety net: The health and social welfare of the homeless in the United States, (pp. 204-214). New York: W. W. Norton & Company.
504. Schutt, R. K., & Garrett, G. R. (1992). Responding to the homeless: Policy and practice. New York: Plenum Press.
505. Bates, M. (1983). Using the environment to help the male skid row alcoholic: Social casework. Journal of Contemporary Social Work, (May), 276-282.
506. Sjoberg, L., Samsonowitz, V., & Olsson, G. (1983). Volitional problems of skid row alcoholics. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 5, 175-184.
507. Giesbrecht, N. (1983). Stakes in conformity and the "normalization" of deviants: Account by former and current skid row inebriates. Journal of Drug Issues, 13(3), 199-322.
508. Shipley, T. E., Shandler, I. W., & Penn, M. L. (1989). Treatment and research with homeless alcoholics. Contemporary Drug Problems, Fall, 505-526.
509. Fagan, R. W., & Mauss, A. L. (1986). Social margin and social reentry: An evaluation of a rehabilitation program for skid row alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 47(5), 413-425.
510. Racine, G., & Mercier, C. (1995). Histoire(s) de s'en sortir. Propos de personnes toxicomanes sans abris. Psychotropes, 1.
511. Peteet, J. R. (1993). A closer look at the role of a spiritual approach in addictions treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 263-267.

512. Newton, S. P., & Duffy, C. P. (1987). Old town Portland and an oldtime problem. Alcohol Health and Research World, 11(3), 62-65.
513. United States Conference of Mayors. (1989). A status report on hunger and homelessness in America's cities: 1989. Washington, DC: U.S. Conference of Mayors.
514. Mercier, C. (1986). Itinérance et alcoolisme. Recension de publications. Montréal: Centre d'accueil Préfontaine.
515. Snow, D. A., Baker, S. G., & Anderson, I. (1989). Criminality and homeless men: An empirical assessment. Social Problems, 36(5), 532-549.
516. Fischer, P. J. (1992). The criminalization of homelessness. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 57-64). New York: Plenum Press.
517. Lindelius, R., & Salum, I. (1976). Criminality among homeless men. British Journal of Addiction, 71, 149-153.
518. Fischer, P. J. (1988). Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore. Hospital and Community Psychiatry, 39(1), 46-51.
519. Gunn, J. (1974). Prisons, shelters and homeless men. Psychiatric Quarterly, 48, 505-512.
520. Washbrook, R. A. (1971). The homeless offender: An english study of 200 cases. International Journal of Offender Therapy, 14, 176-184.
521. Pruett, N. S. (1989). Mental illness and homelessness as predictors of criminality: A secondary analysis of 728 male jail detainees. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University,
522. Michaels, D., Zoloth, S. R., Alcabes, P., Braslow, C. A., & Safyer, S. (1992). Homelessness and indicators of mental illness among inmates in New York city's correctional system. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 150-155.
523. Vitelli, R. (1993). The homeless inmate in a maximum security prison setting. Canadian Journal of Criminology, 35(3), 323-331.
524. McCarthy, B., & Hagan, J. (1991). Homelessness: A criminogenic situation? British Journal of Criminology, 31(4), 393-410.
525. Wandall-Holm, N. (1993). Social conditions and mental illness among homeless people in Copenhagen. Social conditions and mental illness among homeless people in Copenhagen, Rio de Janeiro, 1912, juin
526. Benda, B. B. (1993). Predictors of arrests and service use among the homeless: Logit analyses. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(2), 145-161.
527. Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. Santé Mentale au Canada, 38(1), 1-5.
528. Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. Archives of General Psychiatry, 49(6), 476-483.
529. Lamb, H. R., & Grant, R. W. (1983). Mentally ill women in a county jail. Archives of General Psychiatry, 40, 363-368.
530. Belcher, J. R. (1988). Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? Community Mental Health Journal, 24(3), 185-195.
531. Martell, D. A. (1991). Homeless mentally disordered offenders and violent crimes. Law and Human Behavior, 15(4), 333-347.
532. Martell, D. A., Rosner, R., & Harmon, R. B. (1994). Homeless mentally disordered defendants: Competency to stand trial and mental status findings. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 22(2), 289-295.
533. Martell, D. A., Rosner, R., & Harmon, R. B. (1995). Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York city. Psychiatric Services, 46(6), 596-601.
534. Abramson, M. (1972). The criminalization of mentally disordered behavior: Possible side effects of a new mental health law. Hospital and Community Psychiatry, 23, 101-105.
535. Teplin, L. A. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. American Journal of Psychiatry, 142(5), 593-599.

536. Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. International Journal of Law and Psychiatry, 2, 249-257.
537. Gelberg, L., & Linn, L. S. (1989). Assessing the physical health of homeless adults. Journal of the American Medical Association, 262(14), 1973-1979.
538. Singer, S. I. (1986). Victims of serious violence and their criminal behavior: Subcultural theory and beyond. Violence and Victims, 1, 61-70.
539. Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. International Journal of Law and Psychiatry, 2, 249-257.
540. Slavinsky, A. T., & Cousins, A. (1982). Homeless women. Nursing Outlook, 30(6), 358-362.
541. Bachrach, L. L. (1985). Chronic mentally ill women: Emergence and legitimation of program issues. Hospital and Community Psychiatry, 36(10), 1063-1069.
542. Breton, M. (1984). A drop-in program for transient women: Promoting competence through the environment. Social Work, 29(6), 542-546.
543. Bassuk, E. L., & Rubin, L. (1987). Homeless children: A neglected population. American Journal of Orthopsychiatry, 57(2), 279-286.
544. Bachrach, L. L. (1987). Homeless women: A context for health planning. The Milbank Quarterly, 65(3), 371-396.
545. Mercier, C. (1988). L'itinérance chez la femme. Revue Québécoise de Psychologie, 9(1), 79-94.
546. Merves, E. S. (1992). Homeless women: Beyond the bag lady myth. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homeless: A national perspective, (pp. 229-245). New York: Plenum Press.
547. Crystal, S. (1984). Homeless men and homeless women: The gender gap. Urban and Social Change Review, 17(2), 2-6.
548. Gonzalez Baker, S. (1994). Gender, ethnicity, and homelessness: Accounting for demography diversity on the streets. American Behavioral Scientist, 37(4), 476-504.
549. Marshall, E. J., & Reed, J. L. (1992). Psychiatric morbidity in homeless women. British Journal of Psychiatry, (160), 761-768.
550. Ouellette, F. R. (1989). Femmes sans toit ni voix. Québec: Les Publications du Québec.
551. North, C. S. (1993). A comparison of homeless men and women: Different populations, different needs. Community Mental Health Journal, 29(5), 423-431.
552. Hagen, J. L. (1987). Gender and homelessness. Social Work, 32(4), 312-316.
553. Bassuk, E. L. (1993). Social and economic hardships of homeless and other poor women. American Journal of Orthopsychiatry, 63(3), 340-347.
554. Bachrach, L. L., Santiago, J. M., & Berren, M. R. (1990). Homeless mentally ill patients in the community: Results of a general hospital emergency room study. Community Mental Health Journal, 26(5), 415-423.
555. Depp, F. C., & Ackiss, V. (1983). Assessing needs among sheltered homeless women. Paper presented to the Conference "Homelessness": A time for new directions, July 9, 20 pages, Washington, D.C.
556. Lalonde, L. (1989). Aspects symboliques de l'identité d'une femme itinérante psychiatisée: Considération pour l'intervention. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
557. Racine, G. (1990). Les femmes sans abri: Des concepts à réviser. Intervention, 87, 56-64.
558. Bouchard, E., & White, B. (1988). Les femmes itinérantes: Une réalité méconnue. Québec: Conseil du statut de la femme.
559. Otto, S. (1980). Les femmes isolées sans logis et l'alcool. In S. Wilson, & S. Otto (Eds), La femme moderne et l'alcool, (pp. 171-193). Bruxelles: Pierre Mardaga.
560. Breakey, W. R., Fisher, P. J., Romanoski, A. J., & Nestadt, G. (1988). Severe mental illness in the homeless. Baltimore, MA: John Hopkins University.
561. Brickner, P. W. (1985). Health issues in the care of the homeless. In P. W. Brickner, L. K. Sharer, B. Conanan, A. Elvy, & M. Savarese (Eds), Health care of homeless people, (pp. 3-18). New York: Springer Publishing Company.

562. Stevens, L. (1984). Auberge Madeleine: Summary of research. Montréal, Québec: Department of Religion. Concordia University.
563. Strasser, J. (1978). Urban transient women. American Journal of Nursing, 78, 2076-2079.
564. D'Ercole, A., & Struening, E. (1990). Victimization among homeless women: Implications for service delivery. Journal of Community Psychology, 18, 141-152.
565. Goodman, L. A. (1991). The prevalence of abuse among homeless and housed poor mothers: A comparison study. American Journal of Orthopsychiatry, 61, 489-500.
566. North, C. S., & Smith, E. M. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. Hospital and Community Psychiatry, 43(10), 1010-1016.
567. Coston, C. T. M. (1993). Worries about crime: Rank-ordering survival concerns among urban transient females. Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal, 14, 365-376.
568. Browne, A. (1993). Family violence and homelessness: The relevance of trauma histories in the lives of homeless women. American Journal of Orthopsychiatry, 63(3), 370-384.
569. Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Psychiatric problems in women admitted to an alcoholic detoxication center. American Journal of Psychiatry, 136(4B), 611-617.
570. Farge, B. D. (1989). Homeless women and freedom of choice. Canadian Journal of Community Mental Health, 8(1), 135-145.
571. Lenehan, G. P., McInnis, B. N., O'Donnell, D., & Hennessey, M. (1985). A nurses' clinic for the homeless. American Journal of Nursing, 85(11), 1236-1240.
572. Robertson, M. J. (1986). Mental disorder among homeless persons in the United States: An overview of recent empirical literature. Administration in Mental Health, 14(1), 14-27.
573. Solarz, A., & Bogat, G. A. (1990). When social support fails: The homeless. Journal of Community Psychology, 18, 79-96.
574. Alperstein, G., Rappaport, C., & Flanagan, J. M. (1988). Health problems of homeless children in New York City. American Journal of Public Health, 78(9), 1232-1233.
575. Geissler, L. J., Bormann, C. A., Kwiatkowski, C. F., Braucht, G. N., & Reichardt, C. S. (1995). Women, homelessness, and substance abuse: Moving beyond the stereotypes. Psychology of Women Quarterly, 19, 65-83.
576. Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Dominguez, B., Eagle, P. F., Opler, L. A., & Cournos, F. (1995). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. American Journal of Public Health, 85(8), 1153-1156.
577. Buckner, J. C., Bassuk, E. L., & Zima, B. T. (1993). Mental health issues affecting homeless women: Implications for intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 63(3), 385-399.
578. Stovall, J., & Flaherty, J. (1994). Homeless women, disaffiliation and social agencies. International Journal of Social Psychiatry, 40(2), 135-140.
579. Jackson-Wilson, A. G., & Borgers, S. B. (1993). Disaffiliation revisited: A comparison of homeless and nonhomeless women's perceptions of family of origin and social supports. Sex Roles, 28(7-8), 361-377.
580. Rowe, S., & Wolch, J. (1990). Social networks in time and space: Homeless women in skid row, Los Angeles. Annals of the Association of American Geographers, 80(2), 184-204.
581. Beaudoin, C. (1988). Les femmes itinérantes de La Maison l'Invitée. L'Intervenant, 4(3), 8-11.
582. Coulombe, D. J. (1984). Les femmes itinérantes à Montréal. Montréal, Québec: Miméo.
583. Schein, L. (1979). A hard-to-reach population: "Shopping bag women". Journal of Gerontological Social Work, 2(1), 29-41.
584. Carlson, H. M. (1990). A needs assessment of homeless women in Ireland. Community Psychologist, 6-8.
585. Cabana-Renaud, C. (1983). Les femmes sans abri à Montréal. Unpublished doctoral dissertation, Montréal: Université de Montréal.
586. Butler, S. S. (1993). Listening ot middle-aged homeless women talk about their lives. Affilia, 8(4), 388-409.
587. Breton, M., & Bunston, T. (1992). Psychical and sexual violence in the lives of homeless women. Canadian Journal of Community Mental Health, 11(1), 29-44.

588. Bassuk, E. L. (1986). Homeless families: Single mothers and their children in Boston shelters. In E. L. Bassuk (Ed), The mental health needs of homeless persons: New directions for mental health services Vol. 30, (pp. 45-54). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
589. Mitchell, J. C. (1987). The components of strong ties among homeless women. Social Networks, 9, 37-47.
590. Goering, P., Paduchak, D., & Durbin, J. (1990). Housing homeless women: A consumer preference study. Hospital and Community Psychiatry, 41(6), 790-794.
591. Drake, M., O'Brien, M., & Bieburyck, T. (1982). Single and homeless, London: HMSO.
592. Montgomery, C. (1994). Swimming upstream: The strenghts of women who survive homelessness. Advance in Nursing Science, 16(3), 34-45.
593. Harman, L. D. (1989). When a hostel becomes a home: Experiences of women. Toronto, Ontario: Garamond Press.
594. Burroughs, J., Bouma, P., O'Connor, E., & Smith, D. (1990). Health concerns of homeless women. In P. W. Brickner, L. K. Scharer, & B. A. Scanlan (Eds), Under the safety net: The health and social welfare of the homeless in the United States, (pp. 139-150). New York: W. W. Norton & Company.
595. Comfort, M., Shipley, T. E. J., White, K., Griffith, E. M., & Shandler, I. W. (1990). Family treatment for homeless alcohol/drug-addicted women and their preschool children. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(1), 129-147.
596. DiBlasio, F. A., & Belcher, J. R. (1995). Gender differences among homeless persons: Special services for women. American Journal of the Orthopsychiatric Association, 65(1), 131-137.
597. Herman, D. B., Struening, E. L., & Barrow, S. M. (1994). Self-reported needs for help among homeless men and women. Evaluation and Program Planning, 17(3), 249-256.
598. Brandon, D. (1973). Community for homeless women. Social Work Today, 4(6), 167-170.
599. Gaulton-Berks, L. (1994). Homeless choices. Nursing Times, 90(34), 52-54.
600. Breton, M. (1988). The need for mutual-aid groups in a drop-in for homeless women: The sistering case. Social Work with Groups, 11(4), 47-61.
601. Grella, C. (1994). Contrasting a shelter and day center for homeless mentally ill women: Four patterns of service use. Community Mental Health Journal, 30(1), 3-16.
602. Mercier, C., & Racine, G. (1995). Case management with homeless women: A descriptive study. Community Mental Health Journal, 31(1), 25-37.
603. Racine, G. (1991). Les maisons d'hébergement pour femmes sans abri: Plus qu'un toit. Santé Mentale au Québec, 16(2), 67-88.
604. Roth, D., Toomey, B. C., & First, R. J. (1992). Gender, racial and age variations among homeless persons. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 199-211). New York: Plenum Press.
605. Lauriat, A. S. (1986). Sheltering homeless families: Beyond an emergency response. In E. L. Bassuk (Ed), The mental health needs of homeless persons: New directions for mental health services Vol. 30, (pp. 87-94). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
606. Bassuk, E. L., & Rosenberg, L. (1988). Why does family homelessness occur? A case control study. American Journal of Public Health, 78(7), 783-788.
607. Long, L. A. (1988). Helping homeless families: A training curriculum. Long Island City, NY: LaGuardia Community College.
608. Verlsor-Friedrich, B. (1993). Homeless children and their families, Part I: The changing picture. Journal of Pediatric Nursing, 8(2), 122-123.
609. Damrosch, S. P., Sullivan, P. A., Scholler, A., & Gaines, J. (1988). On behalf of homeless families. American Journal of Maternal Child Nursing, 13, 259-263.
610. Main, T. J. (1986). The homeless families of New York. Public Interest, 85, 3-21.
611. Morse, G., Calsyn, R. J., & Burger, G. K. (1992). Development and cross-validation of a system for classifying homeless persons. Journal of Community Psychology, 20, 228-242.
612. Bassuk, E. L., & Zima, B. (1991). Homeless families and children: A psychiatric perspective. The Task Force on the Homeless Mentally Ill.

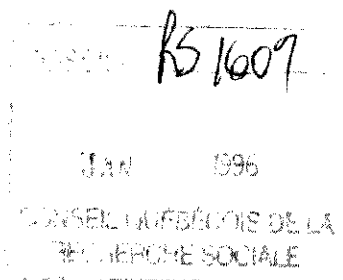
613. DeAngelis, T. (1994). Homeless families: Stark reality of the '90s. APA Monitor, 25(5), 5,38-41.
614. United States Department of Housing and Urban Development. (1989). The 1988 national survey of shelters for the homeless. Washington, DC: Housing and Urban Development.
615. Winkleby, M. A., & Boyce, W. T. (1994). Health-related risk factors of homeless families and single adults. Journal of Community Health, 19(1), 7-23.
616. Zima, B. T., Wells, K. B., & Freeman, H. E. (1994). Emotional and behavioral problems and severe academic delays among shelters homeless children in Los Angeles County. American Journal of Public Health, 84(2), 260-264.
617. Hu, D. J., Covell, R. M., Morgan, J., & Arcia, J. (1989). Health care needs for children of the recently homeless. Journal of Community Health, 14(1), 1-8.
618. Stretch, J. J., Krenger, L. W., Johnson, A. K., & Hutchison, W. J. (1988). The homeless continuum model serving homeless families. St-Louis, MO: Salvation Army.
619. Bassuk, E. L., & Rosenberg, L. (1990). Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. Pediatrics, 85(3), 257-261.
620. Shinn, M., Knickman, J. R., & Weitzman, B. C. (1991). Social relationships and vulnerability to becoming homeless among poor families. American Psychologist, 46(11), 1180-1187.
621. Goodman, I. A. (1991). The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. Journal of Community Psychology, 19(October), 321-332.
622. Smith, E. M., & North, C. S. (1994). Not all homeless women are alike: Effects of motherhood and the presence of children. Community Mental Health Journal, 30(6), 601-610.
623. Chavkin, W., Kristal, A., Seabron, C., & Guigli, P. E. (1987). The reproductive experience of women living in hotels for the homeless in New York City. New York State Journal of Medicine, 87(1), 10-13.
624. Phillips, N. H., De Chillo, N., Kronenfeld, D., & Middleton-Jeter, V. (1988). Homeless families: Services make a difference. Social Casework, 69(1), 48-53.
625. National Coalition for the Homeless. (1988). Over the edge: Homeless families and the welfare system. National Coalition for the Homeless, 32 pages.
626. Homelessness Information Exchange. (1988). Family and child homelessness. Washington, DC: Homelessness Information Exchange.
627. Gallacher, E. (1986). No place like home: A report on the tragedy of homeless children and their families in Massachusetts. Boston, MA: Massachusetts Committee for Children and Youth.
628. McChesney, K. Y. (1992). Homeless families: Four patterns of poverty. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 245-256). New York: Plenum Press.
629. Sullivan, P. A., & Damrosch, S. P. (1987). Homeless women and children. In R. D. Bingham, R. E. Green, & S. B. White (Eds), The homeless in contemporary society, (pp. 82-98). Newbury Park, CA: Sage Publications.
630. Weitzman, B. C., Nickman, J. R., & Shinn, M. (1992). Psychiatric history, substance abuse, and victimization. American Journal of Public Health, 82(11), 1547-1550.
631. McChesney, K. Y. (1992). Absence of a family safety net for homeless families. Journal of Sociology and Social Welfare, 19(4), 55-72.
632. Robertson, M. J. (1991). Homeless women with children: The role of alcohol and other drug abuse. American Psychologist, 46(11), 1198-1204.
633. Rafferty, Y., & Shinn, M. (1991). The impact of homelessness on children. American Psychologist, 46(11), 1170-1179.
634. Page, A. J., Ainsworth, A. D., & Pett, M. A. (1993). Homeless families and their children's health problems a Utah urban experience. Western Journal of Medicine, 158, 30-35.
635. Alperstein, G., & Arnstein, E. (1988). Homeless children: A challenge to pediatricians. Pediatric Clinics of North America, 35(6), 1413-1425.

636. American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services. (1988). Health needs and homeless children. Pediatrics, 45(12), 1085-1092.
637. Taylor, M. L., & Koblinsky, S. A. (1993). Dietary intake and growth status of young homeless children. Journal of the American Dietetic Association, 93(4), 464-466.
638. Fierman, A. H., Dreyer, B. P., Acker, P. J., & Legano, L. (1993). Status of immunization and iron nutrition in New York city homeless children. Clinical Pediatrics, 32(3), 151-155.
639. Aspinall, B., Burns, C., & Robins, D. (1988). Measles: A fire-fighting exercise. Community Medicine, 10(4), 341-343.
640. Golding, A. M. (1987). The health needs of homeless families. Journal of the Royal College of General Practitioners, 37(303), 444-447.
641. Whitman, B. Y., Accardo, P., & Sprankel, J. M. (1992). Homeless families and their children : Health, developmental, and educational needs. In R. I. Jahiel (Ed), Homelessness. A prevention-oriented approach, (pp. 113-126). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
642. Hausman, B., & Hammen, C. (1993). Parenting in homeless families: The double crisis. American Journal of Orthopsychiatry, 63(3), 358-369.
643. Timberlake, E. M. (1994). Children with no place to call home: Survival in the cars and on the streets. Child and Adolescent Social Work Journal, 11(4), 259-278.
644. Ziesemer, C., Marcoux, L., & Marwell, B. E. (1994). Homeless children: Are they different from other low-income children? Social Work, 39(6), 658-668.
645. Weinreb, L., & Buckner, J. C. (1993). Homeless families: Program responses and public policies. American Journal of Orthopsychiatry, 63(3), 400-409.
646. Velsor-Friedrich, B. (1993). Homeless children and their families, part II: Federal programs and alternative health care delivery systems. Journal of Pediatric Nursing, 8(3), 190-192.
647. Rog, D. J. (1991). The evaluation of the homeless families program: Challenges in implementing a nine-city evaluation. In D. J. Rog (Ed), Evaluating programs for the homeless, (pp. 47-60). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
648. Hunter, L. B. (1993). Sibling play therapy with homeless children: An opportunity in the crisis. Child Welfare, 72(1), 65-74.
649. Spann Farkas, G., & Yorker, B. (1993). Case studies of bibliography with homeless children. Issues in Mental Health Nursing, 14, 337-347.
650. Trad, P. V., Kentros, M., Solomon, G. E., & Greenblatt, E. R. (1994). Assessment and psychotherapeutic intervention for an HIV-infected preschool child. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33(9), 1338-1345.
651. Berg-Cross, L., & Kurtz, D. (1994). The role of private practice psychologists in assessing homeless families. Psychotherapy in Private Practice, 13(1), 43-53.
652. Stretch, J. J., & Kreuger, L. W. (1992). Five year cohort study of homeless families: A joint policy research venture. Journal of Sociology and Social Welfare, 19(4), 73-88.
653. Memmott, R. J., & Young, L. A. (1993). An encounter with homeless mothers and children: Gaining an awareness. Issues in Mental Health Nursing, 14, 357-365.
654. Lewis, W. M. (1992). Practical counseling techniques: A training guide for counseling homeless families. In C. Solomon, & P. Jackson-Jobe (Eds), Helping homeless people: Unique challenges and solutions, (pp. 85-100). Alexandria, VA: American Association for Counselling and Development.
655. Appathurai, C. (1991). Developing policies for runaways: Insights from the literature. Journal of Health and Social Policy, 2(4), 51-64.
656. Cosgrove, J. G. (1990). Towards a working definition of street children. International Social Work, 33(2), 185-192.
657. Council on Scientific Affairs. (1989). Health care needs of homeless and runaway youths. Journal of the American Medical Association, 262(10), 1358-1361.
658. Athey, J. L. (1991). HIV infection and homeless adolescents. Child Welfare, 70(5), 517-528.
659. Zide, M. R., & Cherry, A. L. (1992). A typology of runaway youths: An empirically based definition. Child and Adolescent Social Work Journal, 9(2), 155-168.

660. Rotheram-Borus, M. J., Koopman, C., & Ehrhardt, A. A. (1991). Homeless youths and HIV infection. American Psychologist, 46(11), 1188-1197.
661. Roy, S. (1985). Clochardise et marginalisation: Deux concepts, une réalité. Unpublished doctoral dissertation, Montréal: Université du Québec à Montréal.
662. Dadds, M. R., Braddock, D., Cuers, S., Elliott, A. et al. (1993). Personal and family distress in homeless adolescents. Community Mental Health Journal, 29(5), 413-422.
663. Greenblatt, M., & Robertson, M. (1993). Life-styles, adaptative strategies, and sexual behaviors of homeless adolescents. Hospital and Community Psychiatry, 44(12), 1177-1180.
664. Kipke, M. D., O'Connor, S., Palmer, R., & MacKenzie, R. G. (1995). Street youth in Los Angeles: Profile of a group at high risk for human immunodeficiency virus infection. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 149, 513-519.
665. Caton, C. L. M. (1986). The homeless experience in adolescent years. In E. L. Bassuk (Ed), The mental health needs of homeless persons: New directions for mental health services. Vol. 30, (pp. 63-70). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
666. Shane, P. G. (1989). Changing patterns among homeless and runaway youth. American Journal of Orthopsychiatry, 59(2), 208-214.
667. Kurtz, P. D., Jarvis, S. V., & Kurtz, G. L. (1991). Problems of homeless youths: Empirical findings and human services issues. Social Work, 36(4), 309-314.
668. Cherry, A. (1993). Combining cluster and discriminant analysis to develop a social bond typology runaway youth. Research and Social Work Practice, 3(2), 175-190.
669. Robertson, J. M. (1992). Homeless and runaway youths: A review of the literature. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 287-297). New York: Plenum Press.
670. Rotheram-Borus, M. J. (1991). Serving runaway and homeless youths. Family and Community Health, 14(3), 23-32.
671. Shane, P. G. (1991). A sample of homeless and runaway youth in New Jersey and their health status. Journal of Health and Social Policy, 2(4), 73-82.
672. Hier, S. J., Korboot, P. J., & Schweitzer, R. D. (1990). Social adjustment and symptomatology in two types of homeless adolescents: Runaways and throwaways. Adolescence, 25(100), 761-771.
673. Adams, G. R., Gullotta, T., & Clancy, M. A. (1985). Homeless adolescents: A descriptive study of similarities and differences between runaways and throwaways. Adolescence, 20(79), 715-724.
674. Martins, S. B., & Ebrahim, G. J. (1993). Street children. Journal of Tropical Pediatrics, 39, 264-268.
675. Shaffer, D., & Caton, C. (1984). Runaway and homeless youth in New York City. New York: The Ittlesoon Foundation.
676. Smart, R. G., & Adlaf, E. M. (1991). Substance use and problems among Toronto street youth. British Journal of Addiction, 86, 999-1010.
677. Regroupement des Maisons d'Hebergement Jeunesse du Quebec. (1988). Une alternative pour les jeunes sans abri: Vers une reconnaissance des maisons d'hébergement jeunesse. Montréal, Québec: Regroupement des maisons d'hébergement jeunesse du Québec.
678. Whitbeck, L. B., & Simons, R. L. (1990). Life on the streets: The victimization of runaway and homeless adolescents. Youth and Society, 22(1), 108-125.
679. Forst, M. L. (1994). Sexual risk profiles of delinquent and homeless youths. Journal of Community Health, 19(2), 101-114.
680. Wright, J. D. (1991). Health and the homeless teenager: Evidence from the National Health Care for the Homeless Program. Journal of Health and Social Policy, 2(4), 15-35.
681. Van der Ploeg, J. D. (1989). Homelessness: A multidimensional problem. Special issue: Runaway, homeless, and shut-out children and youth in Canada, Europe, and the United States. Children and Youth Services Review, 11(1), 45-56.
682. Powers, J. L., Eckenrode, J., & Jaklitsch, B. (1990). Maltreatment among runaway and homeless youth. Child Abuse and Neglect, 14(1), 87-98.

683. Petry, S., & Avent, H. (1992). Stepping stone: A haven for displaced youths. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 299-305). New York: Plenum Press.
684. Smart, R. G., & Ogborne, A. C. (1994). Street youth in substance abuse treatment: Characteristics and treatment compliance. Adolescence, 29(115), 733-745.
685. Price, V. A. (1989). Characteristics and needs of Boston street youth: One agency's response. Children and Youth Services Review, 11(1), 75-90.
686. Janus, M. D., Archambault, F. X., Brown, S. W., & Welsh, L. A. (1995). Physical abuse in Canadian runaway adolescents. Child Abuse and Neglect, 19(4), 433-447.
687. Kufeldt, K., & Nimmo, M. (1987). Kids on the street they have something to say: Survey of runaway and homeless youth. Journal of Child Care, 3(2), 53-61.
688. Hersch, P. (1988). Coming of age on city streets. Psychology Today, 22(1), 28-37.
689. Kline, M. V., Bacon, J. D., Chinkin, M., & Manov, W. F. (1987). The client tracking system; A tool for studying the homeless. Alcohol Health and Research World, (Spring), 66-67, 91.
690. Robertson, J. M. (1988). Homeless adolescents: A hidden crisis. Hospital and Community Psychiatry, 39(5), 475.
691. Momeni, J. A. (1989). Homelessness in the United States: Volume I. State Surveys. Westport, CT: Greenwood Press.
692. Kufeldt, K., & Nimmo, M. (1987). Youth on the street: Abuse and neglect in the eighties. Child Abuse and Neglect, 11(4), 531-543.
693. Warren, J. K., Gary, F., & Moorhead, J. (1994). Self-reported experiences of physical and sexual abuse among runaway youths. Perspectives in Psychiatric Care, 30(1), 23-28.
694. Stefanidis, N., Pennbridge, J., MacKenzie, R. G., & Pottharst, K. (1992). Runaway and homeless youth: The effects of attachment history on stabilization. American Journal of Orthopsychiatry, 62(3), 442-446.
695. Cote, M. M. (1991). Les jeunes de la rue. Montréal, Québec: Liber.
696. Greater Boston Adolescent Emergency Network. (1985). Ride a painted pony on a spinning wheel ride. Massachusetts Committee for Children and Youth, Inc.
697. Sweeney, P., Lindegren, M. L., Buehler, J. W., Onorato, I. M., & Janssen, R. S. (1995). Teenagers at risk of human immunodeficiency virus type 1 infection. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 149(5), 521-528.
698. Pinto, J. A., Ruff, A. J., Paiva, J. V., Antunes, C. M., Adams, I. K., Halsey, N. A., & Greco, D. B. (1994). HIV risk behavior and medical status of underprivileged youths in Belo Horizonte, Brazil. Journal of Adolescent Health, 15, 179-185.
699. Rosenthal, D., Moore, S., & Buzwell, S. (1994). Homeless youths: Sexual and drug-related behaviour, sexual beliefs and HIV/AIDS risk. Aids Care, 6(1), 83-94.
700. Manoov, A., & Lowther, L. (1983). A health care approach for hard-to-reach adolescent runaways. Nursing Clinics of North America, 18, 333-342.
701. Koopman, C., Rosario, M., & Rotheram-Borus, M. J. (1994). Alcohol and drug use and sexual behaviors placing runaways at risk for HIV infection. Addictive Behaviors, 19(1), 95-103.
702. Clatts, M. C. (1993). Getting real about HIV and homeless youth. American Journal of Public Health, 83(10), 1490.
703. Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1991). Running away during adolescence as a precursor to adult homelessness. Social Service Review, 224-247.
704. Masten, A. S., Miliotis, D., Grahamberrmann, S. A., Ramirez, m., & Néemann J. (1993). Children in homeless families - Risks to mental health and development. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2), 335-343.
705. Kipke, M. D., Montgomery, S., & MacKenzie, R. G. (1993). Substance use among youth seen at a community-based health clinic. Journal of Adolescent Health, 14, 289-294.
706. Forst, M. L., & Crim, D. (1994). A substance use profile of delinquent and homeless youths. Journal of Drug Education, 24(3), 219-231.

707. Whitbeck, L. B., & Simons, R. L. (1993). A comparison of adaptive strategies and patterns of victimization among homeless adolescents and adults. Violence and Victims, 8(2), 135-152.
708. Morrisette, P. (1992). Engagement strategies with reluctant homeless people. Psychotherapy, 29(3), 447-451.
709. Reilly, J. J., Herrman, H. E., Clarke, D. M., Neil, C. C., & McNamara, C. L. (1994). Psychiatric disorders in and service use by young homeless people. The Medical Journal of Australia, 161, 429-432.
710. Kufeldt, K. (1991). Social policy and runaways. Journal of Health and Social Policy, 2(4), 37-49.
711. Ray, J., & Roloff, M. K. (1993). Church suppers, pony tails and mentors: Developing a program for street kids. Child and Adolescent Social Work Journal, 10(6), 497-508.
712. Trubilin, N., & Zaitsev, V. (1995). The Moscow street children project. World Health Forum, 16, 135-137.
713. Teare, J. F., Peterson, R. W., Furst, D., Authier, K., Baker, G., & Daly, D. L. (1994). Treatment implementation in a short-term emergency shelter program. Child Welfare, 73(3), 271-281.
714. Podschun, G. D. (1993). Teen peer outreach-street work project - HIV prevention education for runaway and homeless youth. Public Health Reports, 108(2), 150-155.
715. Lowry, C. (1995). Street Children: Reaching street youth on substance abuse. World Health Forum, 16, 131-134.
716. Cohen, C. I., & Sokolovsky, J. (Eds). (1989). Old men of the bowery: Strategies for survival among the homeless, (pp. 248 pages). New York: Guilford Press.
717. Ladner, S. (1992). The elderly homeless. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), Homelessness: A national perspective, (pp. 221-226). New York: Plenum Press.
718. Elias, C. J., & Inui, T. S. (1993). When a house is not a home: Exploring the meaning of shelter among chronically homeless men. The Gerontologist, 33(3), 396-402.
719. Bissonnette, A., & Hijjazi, K. H. (1994). Elder homelessness: A community perspective. Nursing Clinics of North America, 29(3), 409-416.
720. Doolin, J. (1986). Planning for the special needs of the homeless elderly. The Gerontologist, 26(3), 229-231.
721. Eckert, J. K. (1979). Urban renewal and redevelopment: High risk for the marginally subsistent elderly. The Gerontologist, 19(5), 496-502.
722. Linehan, T. (1993). Old and forgotten. Nursing Times, 89(26), 16-17.
723. Hudson, B. A., Rauch, B. B., Dawson, G. D., Santos, J. F., & Burdick, D. C. (1990). Homelessness: Special problems related to training, research, and the elderly. Gerontology and Geriatrics Education, 10(3), 31-69.
724. Gelberg, L., Lin, L. S., & Mayer-Oakes, S. A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. Journal of the American Geriatrics Society, 38, 1220-1229.
725. Kelling, K. (1992). Meeting the health needs of older homeless people. Health Visitor, 65(10), 346-347.
726. Cohen, C., Onserud, H., & Monaco, C. (1993). Outcomes for the mentally ill in a program for older homeless persons. Hospital and Community Psychiatry, 44(7), 650-656.
727. Elston, L., & Slavin, L. (1985). Safe shelter for homeless elders. Generations, 9(3), 48-49.



A 11,338
ex.2

E- 2255

Fournier, L. et al.

L'itinérance selon la documentation
scientifique : recension des écrits

DATE	NOM
------	-----

A 11,338
ex.2

