

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

L'itinérance et les résultats en matière de santé : quels sont les liens?



Avril 2019

Principaux messages

- Les liens entre l'itinérance et la santé sont complexes, variés et bidirectionnels.
- À partir de données probantes tirées des analyses documentaires, nous avons cerné des résultats particuliers en matière de santé liés à l'itinérance. Ceux-ci comprennent les maladies infectieuses (p. ex., les infections transmissibles sexuellement), les problèmes de santé mentale, y compris les troubles liés à l'utilisation de substances, les déficiences cognitives, les problèmes de pied, les maladies chroniques (p. ex., hypertension, diabète) et les traumatismes.
- L'itinérance est un problème multidimensionnel et les populations de sans-abri sont sans doute sous-représentées dans la documentation publiée.

- Le fait de cerner des liens particuliers à partir de données probantes tirées des analyses documentaires permet d'éclairer la planification et l'établissement des priorités par les professionnels de la santé publique dans leurs domaines de travail propres à améliorer la santé des sans-abri.

Enjeu et objet de la recherche

Le but du présent résumé de preuves pertinentes est de présenter une vue d'ensemble des liens entre l'itinérance et la santé, à partir de preuves pertinentes tirées des analyses documentaires. L'approche générale consiste à recenser les résultats précis en matière de santé liés à l'itinérance afin d'éclairer la planification et l'établissement des priorités par les professionnels de la santé publique en Ontario.

Selon l'Observatoire canadien sur l'itinérance (2012), l'itinérance « décrit la situation d'un individu, d'une famille ou d'une communauté qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité, de moyens ou de capacité de s'en procurer un dans l'immédiat. »¹ L'itinérance englobe un large éventail de conditions de logement et d'hébergement : sans-abri, abri d'urgence, hébergement provisoire et personnes à risque d'itinérance. Les personnes à risque ne sont pas des sans-abri, mais leur situation économique actuelle ou leur situation en matière de logement est précaire, ou ne répond pas aux normes de la santé et de sécurité publique.¹

Bien que reconnu comme un problème croissant,² il est difficile d'évaluer l'ampleur de l'itinérance. Au Canada, les données sont incomplètes et il existe plusieurs mesures différentes. Statistique Canada ne recueille pas de données annuelles ni mensuelles sur le nombre de sans-abri, mais dispose de données sur le nombre de personnes vivant dans des refuges. Par exemple, 22 190 personnes au Canada (8 785 en Ontario) ont déclaré un refuge comme résidence principale lors du recensement de 2016.³ Cela sous-estime le nombre de personnes vivant dans la rue, ceux qui vivent chez des membres de leur famille ou des amis, ainsi que les personnes refusées par des refuges affichant complets. Afin de donner un aperçu plus précis de l'itinérance au Canada, d'autres estimations ont été faites. Par exemple, à compter de 2016, une méthode de dénombrement ponctuel a été soutenue par le gouvernement fédéral. Les dénombrements portaient sur les personnes hébergées dans des refuges et celles qui dormiraient à l'extérieur ou dans des établissements de transition. Dans 32 communautés, 5 954 personnes ont été identifiées comme étant sans-abri ou qui ne savaient pas exactement où elles dormiraient cette nuit-là. Les groupes à risque pouvaient être identifiés. Parmi ces 5 954, 60 % étaient des hommes et la plupart étaient âgés de 24 à 49 ans. Trente-sept pour cent d'entre eux étaient des Autochtones, près de 5 % étaient des anciens combattants ou des anciens membres de la GRC et 4 % étaient des réfugiés ou des immigrants récents.²

En Ontario, le dénombrement des sans-abri de 2018 a été le premier à être mené par toutes les municipalités. Il devrait être effectué tous les deux ans afin de mieux faire connaître les problèmes, de surveiller les tendances et les progrès accomplis en matière de réduction de l'itinérance.⁴ Pour l'instant, des données préliminaires de 2018 ont été déclarées par certaines municipalités (p. ex., comté de Bruce, comté de Hastings, Stratford),⁵ mais les estimations pour l'ensemble de la province ne sont pas encore disponibles.

Comprendre l'ampleur de l'itinérance et les expériences des sans-abri permet aux communautés et aux services de mettre au point des mesures de soutiens afin de réduire le phénomène.² Les personnes ne

deviennent pas des sans-abri pour les mêmes raisons et la causalité ne peut être clairement déterminée.⁶ L'itinérance résulte d'une interaction complexe de facteurs individuels (p. ex., scolarité, santé mentale, etc.) et sociaux (coût élevé du logement, racisme, pauvreté).⁶ De même, les liens entre l'itinérance et la santé sont complexes et bidirectionnels. L'itinérance a des conséquences directes sur la santé. Par exemple, des abris surpeuplés peuvent exposer les personnes à des maladies transmissibles et les longues périodes pendant lesquelles les sans-abri doivent marcher ou se tenir debout entraînent une exposition prolongée des pieds à l'humidité et au froid, ce qui peut provoquer des infections.⁶ De plus, il est souvent difficile d'obtenir des médicaments et d'adhérer aux recommandations médicales relatives à la maladie physique ou mentale (p. ex., les restrictions alimentaires ou les exigences en matière de repos).⁶ Le traitement et la prévention des problèmes de santé sont souvent négligés en raison des besoins concurrents en matière de nourriture et de logement.⁷ Dans l'ensemble, les sans-abri sont exposés à divers risques en matière de santé.⁶

Par ailleurs, l'état de santé peut contribuer à l'itinérance.⁶ Par exemple, certains problèmes de santé (p. ex., les troubles de santé mentale) peuvent déboucher sur l'itinérance et aggraver cette situation. D'autres facteurs, comme la consommation de substances psychoactives ou le manque de soutien social, peuvent jouer dans les deux sens, car il s'agit de facteurs de risque indépendants d'une mauvaise santé et peuvent augmenter le risque d'itinérance d'une personne.⁶ Par exemple, les données du dénombrement ponctuel de 2016 en Ontario indiquent que la dépendance ou la consommation de substances psychoactives était le motif le plus souvent invoqué pour expliquer la situation d'itinérance des personnes faisant partie du groupe d'âge des 24 à 49 ans.² Les données récentes des coroners concernant les sans-abri à Toronto (2017-2018) indiquent qu'un plus grand nombre de décès ont été causés par toxicité des médicaments (n = 38) comparée à d'autres motifs, comme les maladies cardiovasculaires (n = 18) ou le cancer (n = 9).⁸

Dans l'ensemble, les sans-abri ont une espérance de vie réduite. Une étude de 2009 utilisant les données du recensement canadien a évalué la probabilité de survie des sans-abri ou des personnes qui vivent dans des logements marginaux, à divers âges, par rapport à la cohorte nationale. Les hommes et les femmes vivant dans des refuges, des maisons de chambres ou des auberges avaient moins de probabilités de vivre jusqu'à 75 ans.⁹

L'objectif du présent résumé de preuves pertinentes est de cerner et de décrire, à partir des meilleures données probantes disponibles tirées des analyses documentaires, les résultats en matière de santé liés à l'itinérance. Cela permettra d'informer les professionnels de la santé publique chargés d'élaborer des programmes sur l'itinérance et la santé.

Le présent résumé de preuves pertinentes pose la question suivante : Quels sont les résultats en matière de santé liés à l'itinérance?

Méthodologie

Le 27 février 2018, une recherche documentaire a été effectuée par les Services de bibliothèque de SPO concernant les articles publiés entre 2008 et 2018. La recherche a été effectuée dans les trois bases de données suivantes : MEDLINE, CINAHL et PsychINFO. Les termes de recherche suivants ont été utilisés, sans toutefois s'y limiter : homeless, street living, shelters, housing, reviews, meta-analyses (sans-abri,

vie dans la rue, refuges, logement, analyses documentaires, méta-analyses). La stratégie de recherche complète est disponible sur demande auprès de SPO.

Les articles étaient admissibles s'ils faisaient partie de analyses documentaires publiées entre 2008 et 2018 portant sur les liens entre l'itinérance et les résultats en matière de santé. Les articles qui mettaient l'accent sur les comportements, comme les comportements sexuels à risque, la consommation d'alcool, la consommation de drogues par voies intraveineuses ont été exclus, mais les résultats correspondants en matière de santé ont été inclus (p. ex., les infections transmissibles sexuellement, la dépendance à l'alcool ou les infections causées par la consommation de drogues par voies intraveineuses). De plus, les articles portant sur les interventions visant les sans-abri ont été exclus.

L'outil d'évaluation de la qualité healthevidence.org a été utilisé pour évaluer les analyses documentaires incluses.¹⁰ Les articles jugés de piètre qualité ont ensuite été exclus. Les principales données ont été extraites des articles restants. Les méthodes détaillées concernant la sélection et l'évaluation de la qualité sont disponibles sur demande.

Principales constatations

La recherche a permis de recenser 463 articles, dont 27 répondaient aux critères d'inclusion. Dix articles ont été exclus en raison de leur mauvaise qualité. Sur les 17 articles restants, 12 étaient des revues systématiques et cinq étaient des revues systématiques comprenant des méta-analyses. Ces revues comprenaient des études réalisées dans différents pays, notamment aux États-Unis, en Australie, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Grèce, en Afrique du Sud, en République tchèque, en Corée, au Canada, en Italie, au Népal, en Russie, en Ukraine, en Équateur, en Bolivie et au Brésil. Le pays mentionné le plus souvent était les États-Unis. Les résultats sont classés par grandes catégories de résultats en matière de santé : maladies infectieuses, santé mentale et autres résultats en matière de santé.

Maladies infectieuses

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

Trois revues systématiques ont examiné les taux de prévalence des infections transmissibles sexuellement (ITS) chez les adultes itinérants¹¹ et les jeunes itinérants (âgés de 10 à 23 ans).^{12,13} Une étude récente de Williams et al. (2018) a révélé que parmi les adultes itinérants américains, les taux de prévalence des ITS variaient de 2,1 % à 6,7 %.¹¹ Les taux de prévalence de la chlamydia variaient de 6,4 % à 6,7 % et les taux de gonorrhée de 0,3 % à 3,2 %.¹¹ La syphilis était l'ITS la moins signalée, avec une prévalence de 1,1 %.¹¹ La prévalence plus élevée des ITS était associée à la violence entre partenaires intimes, à la consommation de drogues injectables et non injectables, aux antécédents d'incarcération et à la gravité de la situation d'itinérance (mesurée par le nombre d'épisodes d'itinérance, d'années en situation d'itinérance ou de séjours antérieurs dans les refuges).¹¹

Caccamo et al. (2017) ont examiné les taux de prévalence des ITS chez les jeunes itinérants âgés de 12 à 23 ans.¹² Ils ont constaté que chez les jeunes itinérants, les taux de prévalence globaux des ITS allaient de 6,0 % à 32,0 %.¹² Chez les filles, les taux variaient de 16,7 % à 46,0 %, tandis que chez les garçons, les taux variaient de 9,0 % à 13,1 %.¹² La chlamydia et la gonorrhée étaient les ITS les plus communément déclarées chez les jeunes itinérants, avec des taux de prévalence allant de 18,3 % à 40,9 %¹³ et de 0,4 % à 24,9 %.¹² Les autres ITS signalées (et leur prévalence) comprenaient l'herpès (1,1 % à 11,8 %), les verrues

génitales (3,5 %), la syphilis (0,2 % à 3,5 %), le virus du papillome humain (VPH) (1,3 %) et l'infection à *Trichomonas vaginalis* (0,7 %).¹² Dans cette population, la prévalence des ITS était associée à la consommation de drogues, à des comportements sexuels à risque élevé et à l'exposition à la violence.¹²

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Une revue systématique et une méta-analyse¹⁴ ainsi que trois revues systématiques^{13,15,16} ont examiné la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les jeunes et les adultes itinérants. Les résultats de la revue systématique et de la méta-analyse portant sur des adultes itinérants indiquaient des taux de prévalence du VIH variant de 0,3 % à 21,1 % - la prévalence combinée des effets aléatoires était de 4,8 % (IC de 95 %, de 3,6 à 6,0).¹⁴

Deux revues systématiques ont examiné les taux de prévalence du VIH chez les jeunes itinérants (âgés de 10 à 20 ans).^{13,15} Les résultats indiquaient des taux de prévalence du VIH allant de 1,7 % à 42,4 %.^{13,15} La prévalence du VIH variait selon les régions du monde : de 0 % à 5,0 % en Amérique, de 2,0 % à 37,0 % en Europe et de 0 % à 20,0 % en Asie.¹⁵ Les hommes étaient plus susceptibles d'être séropositifs que les femmes.¹³

Enfin, une revue systématique a examiné les taux de prévalence du VIH parmi les sans-abri identifiés comme lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres et queer (LGBTQ).¹⁶ Le pourcentage de personnes séropositives variait de 15,0 % à 48,0 %.¹⁶ Les hommes latino-américains cisgenres (c'est-à-dire que l'identité de genre d'une personne correspond à son sexe biologique) avaient des taux de prévalence du VIH les plus élevés, suivis des hommes de race blanche et des hommes afro-américains.¹⁶

HÉPATITE

Une revue systématique et une méta-analyse¹⁴ et deux revues systématiques^{12,13} ont examiné la prévalence de l'hépatite chez les jeunes et les adultes itinérants. La revue systématique et la méta-analyse d'adultes sans-abri ont signalé des taux de prévalence de l'hépatite C allant de 3,9 % à 36,2 %; la prévalence combinée des effets aléatoires était de 20,3 % (IC de 95 %, de 15,5 à 25,2).¹⁴ Les revues systématiques ont examiné les taux de prévalence de l'hépatite B et C chez les jeunes âgés de 10 à 23 ans.^{12,13} Elles ont signalé des taux de prévalence de 1,4 % à 17,0 % pour l'hépatite B et de 3,8 % à 12,0 % pour l'hépatite C.^{12,13}

TUBERCULOSE

Une revue systématique et une méta-analyse ont examiné la prévalence de la tuberculose chez les sans-abri.¹⁴ Parmi les 10 études incluses dans la revue, les taux de prévalence de la tuberculose variaient de 0,2 % à 7,7 %.¹⁴ La prévalence combinée des effets aléatoires était de 1,1 % (IC de 95 %, de 0,8 à 1,5).¹⁴

Santé mentale

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, Y COMPRIS LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES

Deux revues systématiques et méta-analyses^{17,18} ainsi que trois revues systématiques^{13,16,19} ont examiné les problèmes et maladies de santé mentale parmi les enfants et les adultes itinérants.

Une revue systématique récente et une méta-analyse de Schreiter et al. (2017) ont examiné les taux de prévalence combinés de divers problèmes de santé mentale chez les sans-abri en Allemagne. Les auteurs n'ont pas examiné les comorbidités.¹⁷ Ils ont conclu que le taux de maladie mentale était plus élevé chez les sans-abri que dans la population générale, en particulier en ce qui concerne les troubles liés à la toxicomanie, comme la dépendance à l'alcool.¹⁷ La prévalence combinée de la maladie mentale était de 77,4 % (IC de 95 %, de 71,3 à 82,9).¹⁷ La maladie mentale la plus répandue était la dépendance à l'alcool, à 55,4 % (IC de 95 %, de 49,2 à 61,5), suivi des troubles de la personnalité, à 29,1 % (IC de 95 %, de 5,6 à 59,5), des troubles anxieux, à 17,6 % (IC de 95 %, de 12,9 à 22,8), des troubles affectifs, à 15,2 % (IC de 95 %, de 9,8 à 21,5), de la toxicomanie, à 13,9 % (IC de 95 %, de 7,2 à 22,2), de la dépression, à 11,6 % (IC de 95 %, de 4,4 à 21,30) et des maladies psychotiques, à 8,3 % (IC de 95 %, de 5,4 à 11,80).¹⁷ En comparaison, les données de l'enquête nationale allemande sur la santé qui a été réalisée de 2008 à 2011, à l'aide d'entrevues et d'examen auprès d'adultes (selon un échantillon représentatif de la population), indiquaient les taux de prévalence suivants : maladie mentale générale (19,8 %), dépendance à l'alcool (2,5 %), troubles anxieux (9 %), troubles affectifs (6,3 %), dépression (5,6 %) et maladie psychotique (1,5 %).

Une revue systématique et une méta-analyse plus anciennes de Fazel et al. (2008) ont présenté des résultats similaires.¹⁸ Elles ont également constaté que la maladie mentale la plus répandue chez les sans-abri dans les pays occidentaux était la dépendance à l'alcool avec une prévalence de 37,9 % (IC de 95 %, de 27,8 % à 48,0), suivie de la dépendance aux drogues, à 24,4 % (IC de 95 %, de 13,2 % à 35,6 %), des troubles de la personnalité, à 23,1 % (IC de 95 %, de 15,5 % à 30,8 %), des troubles psychotiques, à 12,7 % (IC de 95 %, de 10,2 % à 15,2 %) et de la dépression, à 11,4 % (IC de 95 %, de 8,4 % à 14,4 %).¹⁸

Une revue systématique de Medlow et al. (2014) a examiné les taux de maladies mentales chez les jeunes itinérants (âgés de 10 à 19 ans).¹³ Ils ont constaté que les maladies mentales courantes rencontrées chez cette population comprenaient les troubles liés à la consommation de substances, la dépression et le trouble de stress post-traumatique.¹³ Les jeunes itinérants identifiés comme LGBTQ étaient plus susceptibles d'être déprimés et atteints du trouble de stress post-traumatique que leurs homologues hétérosexuels itinérants.¹³ Ecker et al., (2017) ont effectué une analyse systématique des adultes LGBTQ itinérants et ils ont également constaté que les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, prévalaient au sein de cette population.¹⁶

Enfin, Bassuk et al. (2015) ont procédé à une revue systématique des problèmes de santé mentale des enfants itinérants d'âge préscolaire et scolaire.¹⁹ Ils ont constaté que les enfants itinérants d'âge scolaire présentaient des taux plus élevés de troubles de santé mentale et de comportement par rapport aux enfants d'âge scolaire qui ne sont pas itinérants. Toutefois, aucune différence n'a été constatée entre les enfants itinérants d'âge préscolaire et ceux qui ne sont pas itinérants.¹⁹

FONCTIONS COGNITIVES

Une revue systématique et une méta-analyse¹⁷ et deux revues systématiques^{20,21} ont examiné le rendement cognitif des jeunes et des adultes itinérants. La revue systématique et la méta-analyse ont examiné la prévalence des troubles cognitifs chez les sans-abri en Allemagne. La prévalence combinée des déficiences cognitives était de 11,7 % (IC de 95 %, de 6,0 à 18,9).¹⁷ Les deux revues systématiques ont examiné le rendement cognitif des jeunes itinérants (âgés de 15 à 24 ans)²⁰ et des adultes.²¹ Il a été constaté que les jeunes itinérants avaient une altération du rendement cognitif par rapport aux jeunes

non désavantagés, en particulier dans les domaines de l'attention, de la fonction exécutive et du fonctionnement cognitif général.²⁰ Cependant, ils ont fait preuve de plus de créativité et de pensées divergentes par rapport aux jeunes qui ne sont pas itinérants ayant un statut socioéconomique inférieur.²⁰ Par ailleurs, on a constaté que certains adultes itinérants présentaient des déficits sur le plan du fonctionnement cognitif global selon des instruments d'évaluation cognitive, comme le mini-examen de l'état mental, en particulier dans les domaines de l'attention, de la vitesse de traitement cognitif et de la fonction exécutive.²¹

MÉMOIRE

Trois revues systématiques ont examiné la fonction de mémoire chez les sans-abri (jeunes et adultes), à l'aide d'instruments d'évaluation cognitive (p. ex., l'indice de mémoire verbale du WMS-R).²⁰⁻²²

Les trois revues ont constaté des déficits de mémoire chez les sans-abri.²⁰⁻²² Ces déficits étaient plus fréquents en ce qui concerne la mémoire verbale et générale.²² Les jeunes ont présenté des déficiences particulières sur le plan de la mémoire de travail,²⁰ tandis que les adultes ont présenté des déficiences de la mémoire verbale et visuelle.²¹

Autres résultats en matière de santé

CARENCES NUTRITIONNELLES

Une revue systématique a examiné les carences nutritionnelles chez les adultes itinérants, en particulier ceux qui étaient alcooliques.²³ Les carences nutritionnelles les plus fréquemment signalées étaient la vitamine B1 (taux de prévalence de la carence variant de 0 à 51,0 %) et la vitamine C (taux de prévalence de la carence variant de 29,0 % à 95,0 %).²³ Les autres carences nutritionnelles signalées incluent les vitamines B2, B6, B9, B12 et la vitamine. Les taux de prévalence de ces carences variaient de 0 à 23,0 %.²³

PROBLÈMES LIÉS AUX PIEDS

Une revue systématique a examiné la prévalence des affections liées aux pieds chez les sans-abri.²⁴

Les auteurs ont découvert que les sans-abri étaient plus susceptibles d'avoir des problèmes aux pieds (infections, douleurs, limitations fonctionnelles à la marche et chaussures mal ajustées) par rapport aux personnes qui ne sont pas itinérantes.²⁴ Ils ont constaté que la prévalence des problèmes liés aux pieds variait de 9,0 % à 65,0 % dans les populations étudiées.²⁴ Les problèmes liés aux pieds les plus fréquents étaient les cors et les callosités (taux de prévalence variant de 7,7 % à 57,0 %), les pathologies des ongles (taux de prévalence variant de 15,0 % à 65,0 %), les infections (taux de prévalence variant de 3,2 % à 38,0 %) et les traumatismes (taux de prévalence variant de 24,0 % à 43,0 %).²⁴ Parmi les autres problèmes liés aux pieds rencontrés par les sans-abri, on peut citer les pathologies des pieds liées à des maladies chroniques (p. ex., le diabète), les cors, l'orteil en marteau, la goutte, les verrues plantaires, les ulcères du pied et les engelures.²⁴

HYPERTENSION ET DIABÈTE

Une revue systématique et une méta-analyse ont examiné la prévalence de l'hypertension et du diabète chez les itinérants adultes américains.²⁵ La prévalence combinée de l'hypertension autodéclarée était de 27,0 % (IC de 95 %, de 23,8 à 29,9), tandis que la prévalence mesurée à l'aide de méthodes physiologiques (p. ex., pression artérielle) était de 25,7 % (IC de 95 %, de 19,5 à 31,9).²⁵ La prévalence combinée du diabète autodéclaré était de 8,0 % (IC de 95 %, de 6,8 à 9,2), tandis que la prévalence mesurée à l'aide de méthodes physiologiques était de 12,4 % (IC de 95 %, de 8,9 à 15,9).²⁵ Lorsque ces

résultats sont comparés aux taux de prévalence constatés par l'enquête nationale sur la santé réalisée à l'aide d'entrevues, les taux de prévalence généraux de l'hypertension et du diabète chez les sans-abri ne différaient pas de ceux de la population générale (une fois pondérés en fonction de l'âge).²⁵

BLESSURES ET TRAUMATISMES

Deux revues systématiques ont examiné les taux de blessures. Les deux ont constaté que les sans-abri subissaient davantage de blessures que les personnes qui ne sont pas itinérantes.^{7,26} Une revue a signalé des taux de traumatismes crâniens chez les sans-abri variant de 8,0 % à 53,0 %.²⁶ Des personnes avec des antécédents de traumatismes crâniens étaient plus susceptibles de subir des traumatismes ultérieurs.²⁶ Une autre revue a porté sur les blessures constatées lors de visites aux services des urgences aux États-Unis.⁷ Les blessures fréquemment signalées comprenaient les blessures liées aux voies de fait et celles liées aux conditions matérielles de l'itinérance, comme le fait de dormir sur des surfaces dures, de porter des sacs lourds ou de cuire des aliments sur un feu ouvert (c.-à-d. brûlures).⁷

Discussion et conclusions

Dans l'ensemble, les conclusions de ce résumé de preuves pertinentes mettent en évidence un certain nombre de résultats en matière de santé chez les sans-abri permettant d'orienter la planification et la hiérarchisation des efforts visant à améliorer la santé de cette population. Les résultats signalés comprennent les maladies infectieuses (p. ex., les infections transmissibles sexuellement), les déficits du fonctionnement cognitif et de la mémoire et un large éventail de problèmes de santé mentale, y compris la dépendance à l'alcool. Parmi les autres problèmes de santé recensés chez les sans-abri, on peut citer les carences nutritionnelles chez les adultes alcooliques, l'hypertension, le diabète, les problèmes liés aux pieds (p. ex., cors, callosités, pathologies des ongles, infections) et une variété de blessures (p. ex, traumatismes crâniens).

Certaines études ont comparé les résultats en matière de santé des sans-abri avec ceux des personnes qui ne sont pas itinérantes ou des personnes faisant partie de la population générale. Ces études ont constaté que les sans-abri avaient des taux plus élevés de maladies infectieuses, comme la tuberculose, l'hépatite et le VIH, par rapport à la population générale¹⁴ et que les problèmes de santé mentale étaient plus fréquents qu'au sein de la population générale.¹⁷ On a constaté que les jeunes itinérants avaient une altération du rendement cognitif par rapport aux jeunes qui ne sont pas itinérants²⁰ et que les enfants itinérants d'âge scolaire présentaient des taux plus élevés de troubles de santé mentale ou de comportement par rapport aux enfants qui ne sont pas itinérants.¹⁹ Enfin, le diabète et l'hypertension étaient courants chez les sans-abri, et ces taux de prévalence n'étaient pas différents de ceux observés au sein de la population générale.²⁵

Limitations

Les analyses documentaires incluses ne doivent pas être considérées sans leurs limitations.

Premièrement, les populations de sans-abri sont probablement sous-représentées dans la littérature publiée. Cela signifie que de nombreux problèmes de santé rencontrés par les populations de sans abri ont peut-être été omis dans le présent résumé de preuves pertinentes (p. ex., les résultats postnataux pour les mères itinérantes et leurs bébés, la santé buccodentaire). Comme la plupart des études primaires incluses dans les analyses documentaires étaient des études transversales, il est impossible de déterminer dans quelle mesure les liens ont un caractère causal ou l'orientation de leurs effets.

Résumé de preuves pertinentes : L'itinérance et les résultats en matière de santé : quels sont les liens?

De plus, les taux de prévalence variaient considérablement d'une étude à l'autre. Cela peut être dû à la manière dont les résultats en matière de santé ont été mesurés, aux différences des échantillons, à la définition de l'itinérance et aux endroits où les études ont été menées. Par exemple, certaines analyses documentaires incluaient des études sur des résultats autodéclarés en matière de santé,¹¹ d'autres présentaient des résultats biologiques validés (p. ex., tests sanguins),²³ tandis que d'autres incluaient une combinaison des deux.^{12,14,18} Les définitions de l'itinérance variaient considérablement selon les analyses documentaires et les études qu'elles incluaient. Certaines études incluaient des définitions très étroites de l'itinérance (p. ex., en prenant en compte uniquement les personnes vivant dans la rue),¹⁵ tandis que d'autres reposaient sur des définitions plus larges (p. ex., en incluant des sans-abris et des personnes qui ne sont pas itinérantes),¹⁹ ce qui rendait difficile les comparaisons entre les études. Dans plus de la moitié des analyses documentaires incluses, l'essentiel de la littérature provenait des États-Unis, ce qui rendait difficile la généralisation des résultats à d'autres pays. En outre, quelques études incluses ont comparé les taux de prévalence à d'autres groupes (comme avec la population générale), ce qui rendait difficile l'interprétation de la signification des résultats.

La portée du résumé de preuves pertinentes était limitée à la littérature scientifique. Des résultats subjectifs, comme la qualité de vie et la santé mentale autodéclarée, peuvent être présentés dans des études primaires publiées, mais ils ne faisaient pas partie de notre recherche documentaire. Par ailleurs, des résultats particuliers qui pourraient intéresser les professionnels de la santé (p. ex., les résultats du développement de l'enfant, les résultats liés à la consommation de substances, y compris les surdoses) n'étaient pas pris en compte dans les analyses documentaires incluses, mais ces problèmes sont reflétés dans les études primaires et la littérature grise.^{27,28}

Bibliographie

1. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Hill C, Kovacs-Burns K, et al. Canadian definition of homelessness [Internet]. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2012 [cité le 15 janvier 2019]. Disponible à : <https://www.rondpointdelitinerance.ca/itinerance/glossaire-de-litinerance>
2. Emploi et Développement social Canada. Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance: Faits saillants – Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016 [Internet]. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2017 [cité le 15 janvier 2019]. Disponible à : https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/programs/communities/homelessness/reports/highlights/PiT-Doc_FR.pdf
3. Statistique Canada. Tableaux de données, Recensement de 2016: Type de logement collectif (16) et logements collectifs occupés par des résidents habituels et population dans les logements collectifs (2) du Canada, provinces et territoires, Recensement de 2016 - Données intégrales (100 %) [Internet]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 3 mai 2017 [mis à jour le 17 janvier 2018; extraits le 23 novembre 2018]. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1234492&GK=1&GRP=1&O=D&PID=109538&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2016&THEME=116&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>. Reproduits et diffusés « tel quel » avec l'autorisation de Statistique Canada.
4. Ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Ontario. L'itinérance [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [mis à jour le 13 août 2018; cité le 15 novembre 2018]. Disponible à : <http://www.mah.gov.on.ca/Page2232.aspx>
5. Stratford, Perth County & St. Marys Alliance. 2018 homeless enumeration: wrap-up event [Internet]. Stratford, ON: Stratford, Perth County and St. Mary's Alliance; 2018 [cité le 15 janvier 2019]. Disponible à : https://www.stratfordcanada.ca/en/insidacityhall/resources/Social_Services/2018_Homeless_Enumeration/2018-Homeless-Enumeration-Wrap-Up-Event-Presentation.pdf
6. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Can J Public Health*. 2005;96 Suppl 2:S23-9.
7. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and emergency medicine: a review of the literature. *Acad Emerg Med*. 2017;25(5):577-93.
8. City of Toronto. Deaths of people experiencing homelessness [Internet]. Toronto, ON: City of Toronto; 2018 [cité le 20 novembre 2018]. Disponible à : <https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/health-inspections-monitoring/monitoring-deaths-of-homeless-people/>
9. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b4036. Disponible à : <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b4036.long>
10. Health Evidence. Quality assessment tool - review articles [Internet]. Hamilton, ON: Health Evidence; 2016 [cité le 15 août 2018]. Disponible à : http://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/QATool&Dictionary_01Jun16.pdf

11. Williams SP, Bryant KL. Sexually transmitted infection prevalence among homeless adults in the U.S.: a systematic literature review. *Sex Transm Dis.* 2018;45(7):494-504.
12. Caccamo A, Kachur R, Williams SP. Narrative review: sexually transmitted diseases and homeless youth--what do we know about sexually transmitted disease prevalence and risk? *Sex Transm Dis.* 2017;44(8):466-76. Disponible à : https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2017/08000/Narrative_Review_Sexually_Transmitted_Diseases.4.aspx
13. Medlow S, Klineberg E, Steinbeck K. The health diagnoses of homeless adolescents: a systematic review of the literature. *J Adolesc.* 2014;37(5):531-42.
14. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(11):859-70. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70177-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70177-9)
15. Norena-Herrera C, Rojas CA, Cruz-Jimenez L. HIV prevalence in children and youth living on the street and subject to commercial sexual exploitation: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2016;32(10):e00134315. Disponible à : <http://ref.scielo.org/m3k7nm>
16. Ecker J, Aubry T, Sylvestre J. A review of the literature on LGBTQ adults who experience homelessness. *J Homosex.* 2017:1-27.
17. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rossler W, Schouler-Ocak M, et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(40):665-72. Disponible à : <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=193681>
18. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.* 2008;5(12):e225. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
19. Bassuk EL, Richard MK, Tsertsvadze A. The prevalence of mental illness in homeless children: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(2):86-96.e2.
20. Fry CE, Langley K, Shelton KH. A systematic review of cognitive functioning among young people who have experienced homelessness, foster care, or poverty. *Child Neuropsychol.* 2017;23(8):907-34. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1207758>
21. Burra TA, Stergiopoulos V, Rourke SB. A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Can J Psychiatry.* 2009;54(2):123-33.
22. Ennis N, Roy S, Topolovec-Vranic J. Memory impairment among people who are homeless: a systematic review. *Memory.* 2015;23(5):695-713.
23. Ijaz S, Jackson J, Thorley H, Porter K, Fleming C, Richards A, et al. Nutritional deficiencies in homeless persons with problematic drinking: a systematic review. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):71. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0564-4>
24. To MJ, Brothers TD, Van Zoost C. Foot conditions among homeless persons: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(12):e0167463. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167463>

25. Bernstein RS, Meurer LN, Plumb EJ, Jackson JL. Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2015;105(2):e46-60. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318300/>
26. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:1059. Disponible à : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1059>
27. Baggett TP, Chang Y, Singer DE, Porneala BC, Gaeta JM, O'Connell JJ, et al. Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1189-97. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431083/>
28. Gulliver-Garcia T. Child & family homelessness: a determinant of children's mental health [Internet]. Toronto, ON: Raising the Roof; 2016 [cité le 15 janvier 2019]. Disponible à : <https://www.raisingtheroof.org/wp-content/uploads/2016/02/CMH-Supplement.pdf>

Particularités et limitations du Résumé de preuves pertinentes

Le but de ce résumé de preuves pertinentes est d'analyser l'objet de la recherche en temps opportun afin d'éclairer la prise de décisions. Le résumé de preuves pertinentes présente les principales conclusions découlant d'une recherche systématique tirées des meilleures preuves disponibles au moment de la publication, de même que d'une analyse et d'une extraction de données provenant de ces preuves. Ce rapport n'est pas aussi détaillé qu'un examen systématique. Tous les efforts possibles ont été faits pour inclure les preuves les plus détaillées qui soient sur le sujet. Il est possible que certaines études pertinentes ne soient pas incluses. Toutefois, il est important de déterminer, au moment de la lecture du présent résumé, si ces études auraient pu modifier les conclusions du document.

Auteure

Erin Berenbaum, coordonnatrice de la recherche, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario

Réviseurs

Membres du Groupe de travail sur le milieu bâti de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (OPHA)

Sue Keller-Olaman, chef, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario

Brent Moloughney, directeur médical, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario

Heather Manson, directrice générale, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Berenbaum E. Résumé de preuves pertinentes : L'itinérance et les résultats en matière de santé : quels sont les liens? Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.

ISBN : 978-1-4868-3131-9

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité à l'égard des résultats de cette application ou utilisation. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Renseignements

Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Courriel : hpcdip@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, visitez www.publichealthontario.ca.

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

