

Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance

Kevin Pottie MD MClSc, Claire E. Kendall MD PhD, Tim Aubry PhD, Olivia Magwood MPH, Anne Andermann MD DPhil, Ginetta Salvalaggio MD MSc, David Ponka MDCM MSc, Gary Bloch MD, Vanessa Brcic MD, Eric Agbata MPH MSc, Kednapa Thavorn PhD, Terry Hannigan, Andrew Bond MD, Susan Crouse MD, Ritika Goel MD, Esther Shoemaker PhD, Jean Zhuo Jing Wang BHSc, Sebastian Mott MSW, Harneel Kaur BHSc, Christine Mathew MSc, Syeda Shanza Hashmi BA, Ammar Saad, Thomas Piggott MD, Neil Arya MD, Nicole Kozloff MD, Michaela Beder MD, Dale Guenter MD MPH, Wendy Muckle BScN MHA, Stephen Hwang MD, Vicky Stergiopoulos MD, Peter Tugwell MD

■ Citation : *CMAJ* 2020 March 9;192:E240-54. doi: 10.1503/cmaj.190777-f

Balado du *CMAJ* : Entrevue (en anglais) avec 2 des auteurs ici : <https://soundcloud.com/cmajpodcasts/190777-guide>

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.190777; voir le commentaire connexe (en anglais) ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200199

Les populations sans-abri et logées précairement sont hétérogènes¹ et leur nombre ne cesse d'augmenter, tant en milieu urbain que rural, à mesure que les pressions exercées par l'urbanisation se combinent à l'embourgeoisement et aux politiques d'austérité². Collectivement, ces populations affrontent des conditions de vie dangereuses et subissent une marginalisation de la part des systèmes de santé³. Les intervenants sont toutefois bien placés pour améliorer la santé des personnes sans-abri ou logées précairement, et le plus efficacement par des mesures initiales basées sur les données probantes, en travaillant avec les collectivités et en adoptant des pratiques anti-oppressives^{1,4,5}.

De manière générale, la situation « d'itinérance » touche toute personne qui ne dispose pas d'un logement stable, permanent et acceptable, et qui n'a pas de perspective en ce sens à brève échéance, faute de moyens ou de capacités⁶. Dans de telles conditions, les personnes et les familles se trouvent exposées à un maelström de risques sanitaires, sociaux, mentaux et physiques qui accroissent considérablement la morbidité et la mortalité^{7,8}. Par exemple, les personnes qui sont sans-abri ou logées précairement ont une prévalence considérablement plus élevée de traumatismes, de problèmes de santé mentale et de troubles liés à la toxicomanie comparativement à la population générale^{7,9}. Selon des travaux de recherche canadiens, les personnes en situation d'itinérance ont une espérance de vie d'aussi peu que 42 ans chez les hommes et 52 ans chez les femmes⁷.

La génération précédente de la population canadienne en situation d'itinérance se composait pour une bonne part d'hommes célibataires d'âge moyen et se retrouvait dans les grands centres urbains¹⁰. À présent, l'épidémiologie se transforme et inclut plus

POINTS CLÉS

- L'évaluation des populations sans-abri ou logées précairement et les soins cliniques à leur intention devraient inclure des approches adaptées au sexe, à l'âge, aux origines autochtones, à l'ethnicité et aux antécédents de traumatismes subis, ainsi que la promotion d'une approche globale aux soins de santé primaires.
- Les étapes initiales fortement recommandées pour soigner les populations sans-abri ou logées précairement sont l'accès à des logements permanents combinés avec support et le soutien au revenu.
- Des interventions de gestion de cas incluant l'accès à une aide psychiatrique sont recommandées comme étape initiale en complément des soins primaires et pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale, de toxicomanie et autres.
- Des interventions axées sur la réduction des méfaits, comme des sites de consommation supervisée et l'accès à des agents pharmacologiques pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (p. ex., traitement par agonistes opioïdes), sont recommandées dans les cas de toxicomanie.

de femmes, de jeunes, de personnes autochtones (encadré no 1), d'immigrants, d'adultes âgés et de gens provenant de communautés rurales^{13,14}. Par exemple, l'itinérance des familles (et par conséquent celle des enfants et jeunes à charge) représente une partie substantielle, quoique masquée, de cette crise¹⁵. En 2014, parmi un nombre estimé de 235 000 sans-abri au Canada, 27,3 % étaient des femmes, 18,7 % étaient des jeunes, 6 % étaient des immigrants ou migrants récents, et un nombre croissant étaient d'anciens combattants ou des personnes âgées¹⁰.

Encadré no 1 : Itinérance autochtone

Itinérance autochtone est un terme utilisé pour désigner le phénomène par lequel des individus, familles ou communautés des Premières Nations, métisses et inuites sont privés d'un logement stable, permanent et approprié ou des perspectives immédiates, des moyens ou de la capacité d'acquiescer un tel logement. Toutefois, ce terme doit être interprété d'un point de vue autochtone si l'on veut comprendre les facteurs qui contribuent au phénomène. Ces facteurs incluent l'isolement des individus, des familles et des communautés qui se trouvent déconnectés d'éléments primordiaux, terre, eau, milieu, famille, proches, entourage, animaux, culture, langue et identité, sans compter le lourd héritage du colonialisme et du génocide¹¹. On estime qu'en milieu urbain, les personnes autochtones sont 8 fois plus susceptibles de vivre en situation d'itinérance que la population générale^{11,12}.

Les intervenants-pivots, les pairs-aidants et les fournisseurs de soins primaires sont particulièrement bien placés pour reconnaître les causes sociales du piètre état de santé de cette population et pour orienter cette dernière vers des centres de médecine de famille (CMF)^{16,17}. Le CMF est une pratique de médecine familiale définie par ses patients comme l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise de parler de leur santé personnelle et familiale, ainsi que de leurs problèmes de santé¹⁸. Les soins médicaux y sont « faciles d'accès, centrés sur les besoins du patient, offerts à toutes les étapes de la vie et intégrés aux autres services du système de soins de santé et de la communauté » (<https://patientsmedicalhome.ca/fr/>). Les fournisseurs de soins primaires sont également bien placés pour coordonner les interventions de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic et de traitement, ainsi que les services de réadaptation¹⁹. L'accès aux services sociaux et de santé pour les personnes sans-abri ou logées précairement varient toutefois selon les régions, les ressources municipales, la coordination de l'hébergement et les besoins en matière de santé mentale et toxicomanie. De plus, nombre de problèmes de santé physique et mentale restent sous-diagnostiqués ou traités sporadiquement en raison des occasions manquées, de la méfiance des patients à l'égard du système de santé ou de l'accès limité aux services³.

Les personnes sans-abri ou logées précairement peuvent tirer profit d'interventions rapides et efficaces pour leurs problèmes de santé, de toxicomanie ou autres besoins sociaux. Nos lignes directrices proposent des pistes initiales pour la pratique, les politiques et la recherche à venir, et elles visent à établir une collaboration entre cliniciens, responsables de la santé publique et autres professionnels de la santé. Des valeurs telles que des soins centrés sur les patients et adaptés aux traumatismes subis et le respect de la dignité sont essentielles pour susciter la confiance et développer des liens thérapeutiques durables avec les personnes sans-abri ou logées précairement^{20,21}.

Portée

Ces lignes directrices de pratique clinique ont pour but d'informer les professionnels et les organisations communautaires au sujet des étapes prioritaires et des interventions efficaces initiales à prendre

pour les personnes sans-abri ou logées précairement. Elles tiennent compte des besoins sociaux et médicaux en amont (c.-à-d., logement), de même que des conséquences négatives pour la santé d'un logement inadéquat en aval. L'auditoire cible se compose de professionnels de la santé, de responsables des orientations politiques, ainsi que de praticiens et chercheurs en santé publique.

Nos lignes directrices ne ciblent pas tous les problèmes de santé associés à l'itinérance et ne traitent pas en profondeur de nombreuses causes de l'itinérance, telles que traumatismes infantiles, marché de l'habitation ou origine des faibles taux d'aide sociale et inégalités économiques. Elles visent plutôt à réorienter l'approche des professionnels vers des interventions efficaces en amont afin de prévenir, traiter et corriger la morbidité et la mortalité associées à l'itinérance.

Une série parallèle de lignes directrices de pratique clinique spécifiques aux populations autochtones est en cours de préparation par une équipe indépendante dirigée par des personnes autochtones²². Ce processus reconnaît les droits distincts des peuples autochtones, y compris celui de développer et consolider leurs propres économies et institutions sociales et politiques, les liens directs entre les politiques coloniales passées et actuelles et l'itinérance des personnes autochtones, et la nécessité du leadership et de la participation autochtones dans la recherche concernant les Premières Nations.

Recommandations

Les membres du comité directeur et du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices ont élaboré et approuvé les recommandations visant à améliorer les conditions de vie et la santé des personnes sans-abri ou logées précairement. L'ordre de ces recommandations fait écho aux étapes prioritaires reconnues pour les soins de santé à l'intention des sans-abri. Le tableau 1 présente un sommaire des recommandations et nous proposons notre liste d'énoncés sur les bonnes pratiques au tableau 2. Ces énoncés de bonne pratique se fondent sur un corpus de preuves indirectes et appuient la mise en œuvre des recommandations.

Les méthodes utilisées pour élaborer les recommandations sont décrites plus loin dans le document. L'encadré no 2 présente un résumé du mode d'emploi de ces lignes directrices.

Logements permanents combinés avec support

- *Caractériser l'itinérance ou la précarité du logement et la capacité d'envisager des interventions en matière de logement.*
- *Veiller à ce que les personnes sans-abri ou logées précairement aient accès à un coordonnateur au logement ou à un gestionnaire de cas local (c.-à-d., appel au 211 ou intervention d'un travailleur social) pour une orientation immédiate vers des logements permanents combinés avec support ou un système d'accès coordonné (degré de certitude moyen des données probantes, forte recommandation).*

Sommaire des données probantes

Notre revue systématique (Tim Aubry, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario) : données non publiées, 2020) a recensé 14 essais sur les logements permanents combinés avec support

Tableau 1 : Résumé des recommandations basées sur les données probantes

Recommandations et considérations cliniques	Évaluation du degré de certitude des données probantes selon la classification GRADE*
Recommandation no 1 : <i>Personne sans abri ou logée précairement</i>	Degré moyen de certitude ⊕⊕⊕○
<ul style="list-style-type: none"> Caractériser l'itinérance ou la précarité du logement et la capacité d'envisager des interventions en matière de logement. Veiller à ce que les personnes sans-abri ou logées précairement aient accès à un coordonnateur au logement ou à un gestionnaire de cas local (c.-à-d., appel au 211 ou intervention d'un travailleur social) pour une orientation immédiate vers des logements supervisés permanents ou un système d'accès coordonné. <p>Considérations cliniques : De nombreuses provinces et de nombreux territoires offriront des services d'hébergement « alternatifs » à des populations marginalisées spécifiques, p. ex., Autochtones, femmes et familles, les jeunes et personnes s'identifiant comme LGBTQ2+, personnes handicapées, réfugiés et migrants.</p>	Forte recommandation
Recommandation no 2 : <i>personne sans abri ou logée précairement en situation de pauvreté, d'instabilité du revenu ou vivant dans un foyer à faible revenu</i>	Faible degré de certitude ⊕⊕○○
<ul style="list-style-type: none"> Détecter les situations de revenu précaire. Aider les personnes en situation de revenu précaire à trouver des ressources pour le soutien au revenu et à accéder à un revenu. <p>Considérations cliniques : consulter les outils de dépistage de la pauvreté au besoin (p. ex., https://cep.health/clinical-products/poverty-a-clinical-tool-for-primary-care-providers).</p>	Recommandation conditionnelle
Recommandation no 3 : <i>personne sans-abri ou logée précairement présentant des besoins médicaux complexes ou des comorbidités (y compris problèmes de santé mentale et/ou toxicomanie)</i>	Faible degré de certitude ⊕⊕○○
<ul style="list-style-type: none"> Recenser les situations de maladie mentale grave, par exemple, troubles psychotiques ou de l'humeur et anxieux associés à une invalidité substantielle, troubles liés à la toxicomanie ou besoins médicaux multiples ou complexes. Promouvoir l'accès à des programmes communautaires locaux en santé mentale, à des services psychiatriques pour évaluation et liaison avec un réseau de gestion de cas intensive, suivi intensif dans le milieu, ou intervention en temps de critique si possible. <p>Considérations cliniques : Composer le 211 ou consulter des fournisseurs de soins primaires, travailleurs sociaux ou gestionnaires de cas qui connaissent les points d'accès locaux et les programmes communautaires en santé mentale moins intensifs.</p>	Recommandation conditionnelle
Recommandation no 4 : <i>personne sans-abri ou logée précairement utilisant des opioïdes</i>	Très faible degré de certitude ⊕○○○
<ul style="list-style-type: none"> Détecter les cas de trouble lié à l'utilisation des opioïdes. Assurer l'accès au traitement par agonistes opioïdes en soins primaires ou orienter les personnes vers un spécialiste des dépendances, si possible en collaboration avec la santé publique ou un centre de santé communautaire en vue d'interventions pharmacologiques. <p>Considérations cliniques : encourager tous les patients traités par opioïdes à se procurer une trousse de naloxone. Même s'il reste des obstacles à la prescription de la méthadone et de la buprénorphine, il faut connaître les nouveaux règlements qui visent à faciliter l'accès au traitement par agonistes opioïdes (TAO) et les options envisageables dans votre province ou territoire, en particulier en ce qui concerne la buprénorphine.</p>	Recommandation conditionnelle
Recommandation no 5 : <i>personne sans-abri ou logée précairement présentant un problème de toxicomanie</i>	Très faible degré de certitude ⊕○○○
<ul style="list-style-type: none"> Recenser durant l'anamnèse ou l'examen physique les cas de toxicomanie problématiques, incluant alcool et autres drogues. Déterminer l'approche la plus appropriée ou orienter l'utilisateur vers des services locaux de lutte aux dépendances et de réduction/prévention des méfaits (p. ex., sites de consommation supervisée, programmes de gestion de la consommation d'alcool) par le biais des ressources locales appropriées, comme la santé publique ou les centres de santé communautaires. <p>Considérations cliniques : en cas de trouble lié à l'utilisation des opioïdes, faciliter l'accès du patient au TAO. Les patients devraient être mis au courant de la localisation des sites de consommation supervisée (annexe 1, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.190777/-/DC1).</p>	Recommandation conditionnelle
<p>Note: LGBTQ2+ = personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, en questionnement et bispirituelles. *Voir encadré no 2 pour définitions. †211 est le numéro de téléphone à 3 chiffres facile à retenir réservé au Canada et aux États-Unis à l'intention des organisations offrant des services médicaux, sociaux et communautaires qui peuvent s'y adresser pour des renseignements sur les ressources accessibles.</p>	

Tableau 2 : Énoncé de bonnes pratiques pour soutenir la prestation des soins

Énoncé de bonne pratique	Données probantes indirectes (référence)
1. Les populations sans-abri ou logées précairement devraient recevoir des soins centrés sur les patients et adaptés aux traumatismes subis.	23–26
2. Les populations sans-abri ou logées précairement devraient être mises en contact avec des services de soins primaires complets pour faciliter la prise en charge de leurs multiples besoins médicaux et sociaux.	27
3. Les fournisseurs de soins devraient collaborer avec la santé publique et les organisations communautaires pour assurer l'accessibilité des programmes et des ressources appropriés afin de répondre aux besoins des patients à l'échelle locale.	28, 29

(LPCS)³⁰⁻⁴³. Plusieurs essais réalisés au Canada et aux États-Unis ont montré que les initiatives en matière de LPCS trouvent plus rapidement un hébergement aux participants que les services usuels (73 c. 220 j; différence absolue ajustée 146,4, intervalle de confiance [IC] de 95 %, 118,0 à 174,9)³⁰, font augmenter le nombre de personnes qui maintiennent un logement stable après 2 ans (rapport des cotes [RC] regroupé 3,58, IC de 95 %, 2,36 à 5,43)^{30,40} et accroissent considérablement le pourcentage de journées passées dans un logement stable⁴¹. Aucun essai n'a fait état d'une amélioration importante des symptômes de problèmes de santé mentale comparativement aux soins standards^{30,31,33,34,41,42}. Deux études ont observé que l'état de santé mentale des participants en LPCS ne s'était pas amélioré autant que celui des participants bénéficiant des soins usuels (p. ex., différence moyenne -0,49, IC de 95 % -0,85 à 0,12)^{30,31}.

L'essai At Home/Chez Soi a montré de légères améliorations de la qualité de vie chez les participants en situation d'itinérance ayant des besoins élevés (différence moyenne standardisée ajustée, 0,15, IC de 95 %, 0,04 à 0,24)³⁰ et ayant des besoins modérés (différence moyenne 4,37, IC de 95 %, 1,60 à 7,14) chez les patients bénéficiant de LPCS⁴¹. Les jeunes bénéficiant de LPCS ont connu de plus grandes améliorations de leur qualité de vie durant les 6 premiers mois (différence moyenne 9,30, IC de 95 % 1,35 à 17,24), qui ont diminué au fil du temps (différence moyenne 7,29, IC de 95 % -1,61 à 16,18)⁴⁴. Aucun essai n'a révélé d'améliorations importantes de la toxicomanie comparativement aux soins standards^{30,33,41-43}. La plupart des essais n'ont fait état d'aucun effet du LPCS sur les paramètres de soins actifs (p. ex., nombre de consultations aux services des urgences et pourcentage de participants hospitalisés)^{30,41}. Toutefois, 2 essais laissent entendre que les participants bénéficiant de LPCS ont présenté des taux moindres d'hospitalisation (réduction des taux de 29%, IC de 95 %, 10 à 44) et des séjours hospitaliers moins longs (p. ex., différence moyenne -31, IC de 95 % -48 à -4)^{34,38,45}. Un essai n'a

Encadré no 2 : Comment utiliser et comprendre ces lignes directrices GRADE (www.gradeworkinggroup.org)

Ces lignes directrices offre aux fournisseurs de soins des données probantes sur lesquelles fonder leurs décisions quant aux interventions visant à améliorer les paramètres sanitaires et sociaux chez les personnes sans-abri ou logées précairement. Elles ne sauraient toutefois se substituer au jugement clinique. Les énoncés sur les considérations cliniques, les valeurs et préférences font partie intégrante des recommandations visant à faciliter l'interprétation et la mise en œuvre des lignes directrices. Les recommandations de ces lignes directrices sont catégorisées selon le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) selon qu'elles sont fortes ou conditionnelles.

Les fortes recommandations indiquent que la totalité ou la quasi-totalité des patients bien informés choisiraient l'intervention recommandée, et indiquent aux cliniciens que la recommandation est appropriée pour la totalité ou la grande majorité des individus. Les fortes recommandations ont le potentiel de devenir des critères de qualité des soins ou des indicateurs de rendement.

Les recommandations conditionnelles indiquent que la plupart des patients bien informés choisiraient l'intervention suggérée, mais qu'une minorité appréciable ne la choisirait pas. Avec les recommandations conditionnelles, les cliniciens doivent reconnaître que les choix peuvent varier d'un patient à l'autre, et ils devraient aider les patients à prendre une décision en accord avec leurs valeurs et leurs préférences. Les recommandations conditionnelles ne devraient pas être utilisées comme base pour une norme de pratique (si ce n'est pour promouvoir la prise de décision partagée).

Les énoncés de bonne pratique représentent des pratiques logiques et s'appuient sur des preuves indirectes en plus d'être associés à des avantages nets présumés appréciables.

Les considérations cliniques formulent des suggestions pratiques pour favoriser la mise en œuvre de la recommandation GRADE.

Degré de certitude des données probantes selon la classification GRADE

Élevé : des recherches plus approfondies risquent peu de modifier notre niveau de confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet.

Moyen : des recherches plus approfondies pourraient avoir un impact important sur notre niveau de confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet et pourraient modifier l'estimation.

Faible : des recherches plus approfondies risquent d'avoir un impact important sur notre confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet et changeraient probablement l'estimation.

Très faible : toute estimation de l'effet est très incertaine.

établi aucun lien entre les LPCS, la stabilité d'emploi, le nombre d'heures travaillées par semaine ou le salaire horaire comparativement aux soins standards⁴⁶. Les participants bénéficiant de LPCS peuvent avoir eu de meilleures possibilités d'emploi, mais cela dépend de la lourdeur de leurs besoins⁴⁶. Un essai n'a fait état d'aucun effet sur les paramètres liés au revenu⁴⁶.

Le degré de certitude des données probantes a été jugé moyen, parce que, compte tenu de la nature de l'intervention, aucun des essais que nous avons examinés n'a pu appliquer l'intervention à l'insu des participants et du personnel. En outre, plusieurs essais n'ont pas dissimulé l'attribution des traitements ni appliqué le caractère à l'insu aux mesures d'évaluation des paramètres, ce qui pourrait s'accompagner de risques élevés de biais de détection et d'exécution.

Soutien au revenu

- Détecter les situations de revenu précaire.
- Aider les personnes en situation de revenu précaire à trouver des ressources pour le soutien au revenu et à accéder à un revenu (faible degré de certitude des données probantes, recommandation conditionnelle).

Sommaire des données probantes

Nous avons recensé 10 essais sur des interventions d'aide au revenu, y compris le supplément au loyer⁴⁷⁻⁵⁶, l'autonomisation financière, les interventions d'entreprises à vocation sociale⁴⁸, le soutien à l'emploi de type placement et le soutien individuels « Individual Placement and Support (IPS) »⁴⁸ et la thérapie par le travail rémunéré⁵². Notre revue systématique a montré l'avantage des interventions de soutien au revenu sur la stabilité du logement (Gary Bloch, Université de Toronto, Toronto [Ontario], et Vanessa Brcic, Université de la C.-B., Vancouver [Colombie-Britannique] : données non publiées, 2020).

Le supplément au loyer a augmenté la probabilité d'avoir un logement stable (RC 4,60, IC de 95 % 3,10 à 6,83)⁵⁶. Le supplément au loyer allié au soutien d'intensité variable a fait augmenter le nombre de jours dans un logement stable par période de 90 jours comparativement à la gestion de cas seule (différence moyenne 8,58, $p < 0,004$)⁵⁵. La thérapie par le travail rémunéré a fait diminuer les risques d'itinérance (RC 0,1, IC de 95 % 0,1 à 0,3)⁵². Aucune des interventions liées au revenu n'a semblé avoir d'effet sur les paramètres en santé mentale^{47,52,55,56}.

Les incidences de ces interventions sur les paramètres liés à la toxicomanie ont été mitigées. La remise de bons de logement n'a pas exercé d'effet sur la toxicomanie sur une période de 3 ans⁵⁵; toutefois, la thérapie par le travail rémunéré a donné lieu à des réductions immédiates des problèmes de drogue (réduction : -44,7 %, écart-type [É.-T.] 12,8 %; $p = 0,001$) et d'alcool (45,4 %, É.-T. 9,4 %; $p = 0,001$), et du nombre de symptômes physiques liés (-64,4 %, SE 8,0%; %; $p = 0,001$)⁵⁵. Ces différences ont toutefois eu tendance à s'atténuer avec le temps. Aucun effet significatif n'a été observé de manière globale sur les scores de qualité de vie, les finances, la santé et les relations sociales.

La remise de bons de logement a amélioré les scores et la satisfaction sur le plan des relations familiales, de même que la qualité du logement comparativement aux soins standards⁵⁵. Selon un essai, le supplément au loyer a été associée à une diminution du nombre de consultations aux services des urgences et de la durée des séjours hospitaliers, mais ces réductions n'ont pas été considérablement différentes par rapport au groupe de comparaison⁵⁶. Les interventions de placement et soutien individuels ont amélioré les taux d'emploi uniquement dans les cas d'étroite conformité au modèle (RC 2,42, IC de 95 %, 1,13 à 5,16)⁵⁴. L'éducation à l'autonomisation financière et la remise de bons de logements n'ont eu aucun effet sur les paramètres d'emploi^{47,55}. L'éducation à l'autonomisation financière, et le placement et le soutien individuels n'ont eu aucun effet sur les salaires horaires^{47,54}. La remise de bons de logement n'a eu aucun effet sur le revenu mensuel⁵⁵.

Le degré de certitude des données probantes a été jugé faible parce que plusieurs essais ont présenté un risque élevé de biais

de détection et d'exécution. En outre, 1 essai a fait état d'un faible taux de consentement de 47 % et le rapport d'échantillonnage 1:4 a limité davantage la puissance statistique⁵². De même, les participants du groupe témoin qui souhaitaient s'inscrire à des programmes d'aide au revenu une fois l'étude terminée ont été incités à passer sous silence leurs symptômes, ce qui a donné lieu à un risque élevé de biais de mesure.

Gestion de cas

- Recenser les situations de maladie mentale grave, par exemple, troubles psychotiques ou de l'humeur et anxieux associés à une invalidité substantielle, troubles liés à la toxicomanie ou besoins médicaux multiples ou complexes.
- Promouvoir l'accès à des programmes communautaires locaux en santé mentale, à des services psychiatriques pour évaluation et liaison avec un réseau de gestion de cas intensive, suivi intensif dans le milieu ou intervention en temps critique si possible (faible degré de certitude des données probantes, recommandation conditionnelle).

Sommaire des données probantes

Notre revue systématique s'est penchée sur l'efficacité de la gestion de cas standard et des interventions spécifiques de gestion de cas intensive, telles que le suivi intensif dans le milieu « Assertive Community Treatment (ACT) », la gestion de cas intensive et l'intervention en temps critique assortis à la lourdeur des besoins dans les populations sans-abri ou logées précairement (David Ponka, Université d'Ottawa, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020). Nous avons inclus en tout 56 citations, parmi lesquelles 10 essais ont fait état de gestion de cas standard^{51,57-65}, 8 de suivi intensif dans le milieu⁶⁶⁻⁷³, 16 de gestion de cas intensive⁷⁴⁻⁸⁹ et 5 d'intervention en temps de crise⁹⁰⁻⁹⁴.

Sur 10 essais sur la gestion de cas standard, les 10 ont évalué la stabilité du logement. Trois seulement ont fait état de diminutions importantes de l'itinérance^{57,62,63}, un effet qui s'est atténué avec le temps selon un essai sur une gestion de cas résidentielle d'une durée limitée dans le cadre de laquelle les participants de tous les groupes accédaient à des niveaux substantiels de services⁵⁷. Un programme adapté aux femmes a réduit les risques de dépression à 3 mois (RC 0,38, IC de 95 %, 0,14 à 0,99), mais n'a pas amélioré l'état de santé mentale global des femmes (différence moyenne, 4,50, IC de 95 % -0,98 à 9,98)⁶⁴. Un essai a fait état de taux plus élevés d'hostilité ($p < 0,001$) et de symptômes de dépression ($p < 0,05$) chez les participantes bénéficiant d'une gestion de cas standard par du personnel infirmier, comparativement à celles qui recevaient des soins standards⁶⁰. Peu d'études ont mesuré des paramètres liés à la toxicomanie, à la qualité de vie, à l'emploi ou au revenu.

Les conclusions relatives à l'effet du suivi intensif dans le milieu sur les paramètres de stabilité du logement, de qualité de vie et d'hospitalisation sont mitigées. Deux essais ont mentionné que les participants ayant bénéficié de l'intervention avaient connu moins de journées d'itinérance ($p < 0,01$)⁷¹ et plus de journées en hébergement dans la communauté ($p = 0,006$)⁷⁰, tandis que deux essais n'ont signalé aucun effet sur les épisodes ou le nombre de jours d'itinérance^{66,73}. En outre, ces interventions ont

eu l'avantage supplémentaire de réduire le nombre d'hospitalisations chez les participants (différence moyenne $-8,6$, $p < 0,05$) et de consultations aux services des urgences (différence moyenne $-1,2$, $p = 0,009$)⁶⁷. La plupart des essais sur le suivi intensif dans le milieu n'ont fait état d'aucune différence importante quant aux paramètres de santé mentale, y compris symptômes psychiatriques, toxicomanie ou paramètres reliés au revenu entre les groupes traités et témoins.

La gestion de cas intensive a réduit le nombre de jours d'itinérance (différence moyenne standardisée regroupée $-0,22$, IC de 95 % $-0,40$ à $-0,03$), mais non le nombre de jours passés dans un logement stable^{78,80,89}. Dans la plupart des études, on n'a noté aucune amélioration majeure des symptômes psychologiques entre les groupes traités et témoins. Toutefois, un essai a fait état de réductions considérablement plus marquées de l'anxiété, de la dépression et des troubles de la pensée après 24 mois (changement moyen de la différence c. valeur de départ $-0,32$, $p = 0,007$), et d'une amélioration de la satisfaction à l'égard de la vie (différence moyenne $1,23$, $p = 0,001$) avec la gestion de cas intensive⁸⁶. Un essai n'a fait état d'aucune différence importante sur le plan de la qualité de vie⁸³. Les paramètres liés à la toxicomanie ont été mitigés. Six essais sur les 10 ont établi un lien entre la gestion de cas intensive et des améliorations des comportements liés à la toxicomanie^{74,78,82,84,87,88}. Les participants bénéficiant d'une gestion de cas intensive ont consulté moins souvent aux services des urgences (différence moyenne 19 %, $p < 0,05$), mais leurs séjours hospitaliers n'ont pas été plus brefs comparativement aux groupes témoins⁸⁵. La gestion de cas intensive n'a exercé aucun effet sur le nombre de jours de travail ou sur le revenu d'emploi; toutefois, pour les participants, le revenu d'aide sociale a augmenté (p. ex., différence moyenne, 89, IC de 95 %, 8 à 170)^{78,85}.

L'intervention en temps critique « Critical Time Intervention (CTI) » a été bénéfique. Elle a réduit le nombre de nuits passées à l'extérieur (différence moyenne -591 , $p < 0,001$) et les risques d'itinérance durant les 18 dernières semaines de suivi (RC 0,23, IC de 95 % 0,06 à 0,90)⁹¹. Les participants ayant bénéficié de l'intervention ont été relogés plus tôt que les participants recevant les soins standards⁹⁵, mais n'ont pas passé plus de jours relocalisés⁹⁰. Les adultes ayant bénéficié de l'intervention en temps de crise ont montré des améliorations importantes de leurs symptômes psychologiques (différence moyenne $-0,14$, IC de 95 % $-0,29$ à $0,01$)⁹⁰. Toutefois, les paramètres concernant la santé mentale des enfants ont été mitigés : les enfants de 1,5 à 5 ans ont montré des améliorations des comportements d'internalisation (coefficient β $-3,65$, IC de 95 % $-5,61$ à $-1,68$) et d'externalisation (coefficient β $3,12$, IC de 95 %, $-5,37$ à $-0,86$), tandis que les changements chez les enfants de 6 à 10 ans et de 11 à 16 ans n'ont pas été importants⁹³. On n'a noté aucun effet significatif des interventions en temps critique sur les paramètres liés à la toxicomanie⁹⁰, à la qualité de vie^{90,92} ou au revenu⁹⁶. Deux essais ont fait état de résultats mitigés pour les paramètres d'hospitalisation; dans 1 étude, la prestation d'interventions en temps de crise a été associée à un risque moindre d'hospitalisation (RC 0,11, IC de 95 %, 0,01 à 0,96) et à une réduction du nombre total de nuits passées à l'hôpital ($p < 0,05$) au cours des 18 dernières semaines de

l'étude⁹⁷. Toutefois, une autre étude a fait état d'un nombre total plus élevé de nuits passées à l'hôpital dans le groupe traité comparativement aux soins usuels (1171 c. 912)⁹⁸.

Le degré de certitude des données probantes a été jugé faible parce que plusieurs essais présentaient un risque élevé de biais de détection et d'exécution.

Traitement par agonistes opioïdes

- *Détecter les cas de trouble lié à l'utilisation des opioïdes.*
- *Assurer l'accès au traitement par agonistes opioïdes en soins primaires ou orienter les personnes vers un spécialiste des dépendances, si possible en collaboration avec la santé publique ou un centre de santé communautaire en vue d'interventions pharmacologiques (faible degré de certitude des données probantes, recommandation conditionnelle).*

Sommaire des données probantes

Nous avons effectué une synthèse des revues systématiques sur les interventions pharmacologiques dans les cas de trouble lié à l'utilisation des opioïdes⁹⁹. Vingt-quatre revues, regroupant 352 études primaires distinctes, ont fait état d'interventions pharmacologiques pour le trouble lié à l'utilisation des opioïdes dans les populations générales¹⁰⁰⁻¹²³. Nous avons élargi nos critères d'inclusion aux populations générales en sachant que la plupart des études portant sur ces dernières devaient avoir une forte représentation de populations itinérantes dans leurs échantillons. Il n'y a pas vraiment lieu de croire que le mode d'action de nos interventions d'intérêt serait différent selon qu'il s'agit d'une population itinérante ou d'une frange de la population générale touchées par la toxicomanie. Les revues concernant les interventions pharmacologiques ont fait état de l'utilisation de méthadone, de buprénorphine, de diacétylmorphine (héroïne), de lévo- α -acétylméthadol, de morphine orale à libération lente et d'hydromorphone pour le traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes.

Nous avons noté des taux de mortalité de toutes causes regroupés de 36,1 et de 11,3 par 1000 personnes-années respectivement chez les participants selon qu'ils avaient bénéficié ou non d'un traitement d'entretien à la méthadone (rapport des taux 3,20, IC de 95 %, 2,65 à 3,86), et des taux de mortalité de 9,5 par 1000 personnes-années chez les individus n'ayant pas reçu de traitement d'entretien à la buprénorphine contre 4,3 par 1000 personnes-années chez les individus traités (rapport des taux 2,20, IC de 95 %, 1,34 à 3,61)¹¹⁶. Les taux de mortalité spécifiques aux surdoses ont été similairement affectés, avec des taux de mortalité par surdose regroupés de 12,7 et 2,6 par 1000 personnes-années chez les participants selon qu'ils avaient reçu ou non un traitement d'entretien à la méthadone, et des taux de 4,6 et 1,4 par 1000 personnes-années chez ceux ayant ou non reçu un traitement d'entretien à la buprénorphine¹¹⁶. Comparativement aux approches non pharmacologiques, le traitement d'entretien à la méthadone n'a exercé aucun effet important sur la mortalité (risque relatif 0,48, IC de 95 %, 0,10 à 2,39)¹¹⁰. En ce qui concerne la morbidité, les interventions pharmacologiques pour le trouble lié à l'utilisation des opioïdes ont réduit le risque d'hépatite C (risque relatif 0,50, IC de 95 %, 0,40 à 0,63)¹¹² et d'infection au VIH¹⁰³.

Des événements indésirables ont été signalés avec tous les agents^{100,109,119,122}. Le traitement à la méthadone et à la buprénorphine a été associé à une baisse de l'utilisation illicite des opioïdes (différence moyenne normalisée -1,17, IC de 95 %, -1,85 à -0,49)¹⁰⁹. La disponibilité du traitement à la buprénorphine a élargi l'accès au traitement pour les patients peu susceptibles de s'inscrire à des cliniques de méthadone et a accéléré l'accès pour les récents utilisateurs d'opioïdes¹¹⁷. Pour ce qui est des paramètres de fidélisation, la supériorité d'un agent pharmacologique par rapport aux autres reste à déterminer; mais l'utilisation de la méthadone a donné de meilleurs résultats que les interventions non pharmacologiques sur le plan de la fidélisation (risque relatif 4,44, IC de 95 %, 3,26 à 6,04)¹¹⁰.

Le degré de certitude des données probantes a varié de très faible à moyen, principalement en raison d'un manque de cohérence, d'un risque élevé de biais et de données probantes provenant d'études non randomisées.

Interventions pour la réduction des méfaits

- Recenser les cas de toxicomanie problématiques, incluant alcool et autres drogues.
- Déterminer l'approche la plus appropriée ou orienter l'usager vers des services locaux de lutte aux dépendances et de réduction/prévention des méfaits (p. ex., sites de consommation supervisée, programmes de gestion de la consommation d'alcool) par le biais des ressources locales appropriées, comme la santé publique ou les centres de santé communautaires (faible degré de certitude des données probantes, recommandation conditionnelle).

Sommaire des données probantes

Nous avons procédé à une synthèse des revues systématiques sur les sites de consommation supervisée et les programmes de gestion de la consommation d'alcool⁹⁹. Deux revues systématiques qui incluaient 90 études observationnelles distinctes et 1 méta-synthèse qualitative ont parlé des sites de consommation supervisée¹²⁴⁻¹²⁶. Pour les programmes de gestion de la consommation d'alcool, 1 revue Cochrane¹²⁷ n'a inclus aucune étude, mais a inclus 2 revues de la littérature grise portant sur 51 études^{128,129}.

La mise sur pied de sites de consommation supervisée a été associée à une réduction de 35 % du nombre de surdoses d'opioïdes fatales dans un rayon de 500 mètres de ces établissements (de 253,8 à 165,1 décès par 100 000 personnes-années, $p = 0,048$), contre 9 % ailleurs dans la ville (Vancouver)¹²⁴. Trois cent trente-six surdoses d'opioïdes ont pu être renversées chez 90 personnes différentes à l'établissement de Vancouver sur une période de 4 ans (2004-2008)¹²⁵. Des effets protecteurs similaires ont été signalés en Australie et en Allemagne. Des études observationnelles réalisées à Vancouver et à Sydney ont montré que la fréquentation régulière de sites de consommation supervisée était associée à une baisse du partage des seringues (RC ajusté 0,30, IC de 95 %, 0,11 à 0,82), de leur réutilisation (RC ajustée 2,04, IC de 95 % 1,38 à 3,01) et des injections pratiquées dans les espaces publics (RC ajustée 2,79, IC de 95 %, 1,93 à 3,87)¹²⁵. Ces établissements ont facilité l'accès à des services auxiliaires (p. ex., nourriture, refuge) et à des services de santé élargis^{125,126}.

La fréquentation des sites de consommation supervisée a été associée à un accroissement du nombre de cas orientés vers des centres de traitement des dépendances et à l'instauration de traitements d'entretien à la méthadone (risque relatif ajusté 1,57, IC de 95 %, 1,02 à 2,40)¹²⁵.

Le degré de certitude des données probantes sur les sites de consommation supervisée a été jugé de très faible à faible, puisque toutes les données disponibles provenaient d'études non randomisées.

On ne disposait pas de données probantes de grande qualité au sujet des programmes de gestion de la consommation d'alcool. Peu d'études ont fait état de la mortalité chez les clients de ces programmes¹²⁸. Quant aux effets des programmes de gestion de la consommation d'alcool sur la fonction hépatique, les résultats sont mitigés. Certaines études signalent une amélioration des marqueurs biologiques hépatiques avec le temps, d'autres montrent des augmentations de l'atteinte hépatique liée à l'alcool¹²⁹. Toutefois, ces phénomènes ne sont pas forcément liés à une participation à de tels programmes. Cela laisse entendre que les programmes de gestion de la consommation d'alcool donnent lieu à une stabilisation de la consommation d'alcool et peuvent faciliter l'adhésion à des services médicaux et sociaux¹²⁸. Les clients ont présenté considérablement moins de problèmes sociaux, médicaux, de sécurité et juridiques liés à leur consommation d'alcool¹²⁹. Les participants à ces programmes ont été moins souvent hospitalisés et on note une réduction de 93 % des recours aux services des urgences¹²⁸. Les programmes ont aussi favorisé l'amélioration ou la stabilisation des problèmes de santé mentale¹²⁸ et d'observance thérapeutique¹²⁹.

Répercussions sur le rapport coût-efficacité et les ressources

Logements permanents combinés avec support

Nous avons recensé 19 études qui ont évalué le coût et le coût net des interventions axées sur le logement^{30,41,45,130-145}. Selon certaines, les interventions de type logement permanent combiné avec support (LPCS) ont été associées à une augmentation des coûts pour les payeurs, et les coûts des interventions n'ont été que partiellement compensés par les économies sur le plan des services médicaux et sociaux par suite des interventions^{30,41,131-134,142}. Six études ont montré que ces interventions avaient généré des économies pour les payeurs^{135,137,139,141,144,145}. Quatre d'entre elles ont par contre appliqué un modèle « avant-après »^{135,139,141,145}. De plus, 1 analyse coût-utilité sur les LPCS a laissé entendre que la prestation de services liés au logement était associée à une augmentation des coûts et à une augmentation des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), avec un rapport coût-efficacité différentiel de 62 493 \$US par AVAQ¹³⁶. Comparativement aux soins usuels, les LPCS se sont révélés plus coûteux pour la société (coût net 7868 \$CA, IC de 95 %, 4409 \$ à 11 405 \$)¹³⁸.

Soutien au revenu

Deux études^{55,146} ont porté sur le rapport coût-efficacité des interventions de soutien au revenu. Le supplément de loyer pour les clients bénéficiant aussi d'une intervention sous forme

de gestion de cas s'est accompagnée de coûts annuels supérieurs à ceux des soins usuels ou des services de gestion de cas seuls⁵⁵. Pour chaque journée additionnelle d'hébergement, les clients ayant reçu un soutien au revenu ont généré des coûts additionnels de 58 \$US (IC de 95 %, 4 \$ à 111 \$) du point de vue du payeur, de 50 \$US (IC de 95 %, -17 \$ à 117 \$) du point de vue du système de santé et de 45 \$US (IC de 95 %, -19 \$ à 108 \$) du point de vue sociétal. Les bienfaits de l'aide financière temporaire ont surclassé ses coûts, avec une économie nette de 20 548 \$US¹⁴⁶.

Gestion de cas

Douze publications ont fourni des données probantes sur le coût et le rapport coût-efficacité des interventions de gestion de cas^{44,55,67,69,73,75,88,96,147-150}. Les résultats de ces études ont été mitigés; le coût total pour les clients des interventions de gestion de cas standard a été plus élevé que pour les clients ayant reçu les soins usuels ou standards^{51,88} et un suivi intensif dans le milieu^{67,147}, mais moindre comparativement à un programme de gestion de cas clinique américain qui incluait des bons de logement et une gestion de cas intensive⁵⁵. Des études sur le rapport coût-efficacité adoptant un point de vue sociétal ont montré que la gestion de cas standard n'était pas rentable comparativement au suivi intensif dans le milieu pour les personnes présentant de graves problèmes de santé mentale ou un problème concomitant de toxicomanie, puisqu'elle s'est révélée plus coûteuse⁶⁷.

Pour la gestion de cas intensive, le coût du soutien au logement dans le cadre d'un tel programme pourrait en partie être compensé par une réduction du recours aux refuges d'urgence et aux résidences temporaires⁴¹. La gestion de cas intensive est plus susceptible d'être rentable si on tient compte des coûts et des bénéfices pour la société⁴¹. Une étude avant-après a montré que la prestation de ce programme à de grands utilisateurs de services des urgences a donné lieu à des économies en frais hospitaliers de l'ordre de 132 726 \$US¹⁵⁰.

Les interventions de type suivi intensif dans le milieu ont été associées à une baisse des coûts comparativement aux soins usuels^{66,67,73,148,149}. Nous n'avons recensé qu'une seule étude sur le rapport coût-efficacité des interventions en temps critique ayant fait état de coûts comparables (52 574 \$US c. 51 749 \$US) pour le traitement comparativement aux services usuels fournis à des hommes atteints de graves problèmes de santé mentale⁹⁶.

Interventions de lutte à la toxicomanie

Nous avons recensé 2 revues systématiques qui ont fait état des conclusions de 6 études menées à Vancouver sur le rapport coût-efficacité des sites de consommation supervisée^{124,125}. Cinq études sur 6 ont conclu que les établissements étaient rentables. Une fois pris en compte le fonctionnement des établissements, les sites de consommation supervisée ont permis des économies pouvant atteindre 6 millions de dollars canadiens associés à la prévention des décès par surdose et des cas de VIH incidents. De même, 1,8 million de dollars canadiens ont été économisés annuellement grâce à la prévention des cas d'hépatite C incidents.

Considérations cliniques

En partenariat avec les communautés directement affectées, les fournisseurs de soins peuvent utiliser une gamme d'outils de navigation et de défense des intérêts/droits pour s'attaquer aux racines de l'itinérance, ce qui inclut la pauvreté par manque d'un accès adéquat à l'aide sociale, la précarité d'emploi, les difficultés d'accès à des services de garde de qualité, les codes sociaux qui favorisent la propagation de la violence dans les foyers et les communautés, l'aide insuffisante pour les patients et les familles aux prises avec des incapacités ou des situations difficiles, et le manque de logement de qualité¹⁵¹. De plus, les fournisseurs de soins devraient adapter leur approche aux besoins et aux caractéristiques démographiques des patients, en tenant compte de l'accès aux services, des préférences personnelles et des autres problèmes de santé¹⁵².

Les fournisseurs de soins devraient également reconnaître l'importance d'accepter les personnes sans-abri ou logées précairement dans leur pratique clinique sur une base sociale et humaine. Les sections suivantes proposent des données probantes additionnelles au sujet de certaines populations mal desservies et marginalisées.

Femmes

Une revue exploratoire de la littérature sur les interventions à l'intention des femmes sans-abri (Christine Mathew, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020) a identifié 4 revues systématiques¹⁵³⁻¹⁵⁶ et 9 essais contrôlés et randomisés (ERC)^{36,60,92,95,157-161} portant spécifiquement sur les femmes sans-abri et logées précairement. Les conclusions ont montré que les LPCS étaient efficaces à réduire le risque de violence conjugale et à améliorer les symptômes psychologiques¹⁵⁸. Pour les femmes sans-abri avec enfants, l'accès prioritaire à des suppléments de loyer pour un logement permanent peut réduire la séparation des familles et les placements de leurs enfants en foyer d'accueil, ce qui permet aux femmes de maintenir l'intégrité de la cellule familiale¹⁵⁸. De même, les programmes « Logement d'abord (Housing First) » pour les familles, les interventions en temps critique et les communautés thérapeutiques sont associés à une baisse du taux de détresse psychologique, à un accroissement de l'estime de soi et à une amélioration de la qualité de vie des femmes et de leur famille⁹². Une analyse sexospécifique¹⁵⁵ a souligné l'importance de la sécurité, de l'accessibilité des services et de l'autonomisation pour les femmes sans-abri. Nous suggérons aux fournisseurs de soins de s'attarder d'abord à la sécurité des patientes, à l'autonomisation des femmes qui ont fait face à de la violence sexospécifique, et à l'amélioration de l'accès aux ressources, notamment revenu, garde d'enfants et autres services de soutien social.

Jeunes

Une synthèse systématique sur les interventions spécifiques aux jeunes a fait état des conclusions de 4 revues systématiques et de 18 ERC¹⁶². Les logements supervisés permanents ont amélioré la stabilité du logement. De même, la thérapie cognitivo-comportementale individuelle a permis d'améliorer considérablement les scores de dépression; les thérapies familiales sont

également prometteuses puisqu'elles influent à la baisse sur la toxicomanie chez les jeunes en restaurant la dynamique familiale. Les conclusions relatives aux résultats des entrevues motivationnelles, au développement des capacités et à la gestion de cas ont été variables, certains essais ayant fait état d'un effet positif et d'autres n'ayant noté aucun avantage significatif.

Populations de réfugiés et de migrants

Une revue systématique qualitative sur les migrants sans-abri (Harneel Kaur, Université d'Ottawa, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020) a recensé 17 articles qualitatifs ayant porté sur l'expérience des migrants sans-abri¹⁶³⁻¹⁷⁹. Selon les conclusions, la discrimination, la barrière des langues et la rupture des liens sociaux ont eu un effet négatif sur le sentiment d'appartenance des migrants sans-abri et sur leur accès aux services sociaux, comme le logement. Toutefois, les occasions d'emploi ont généré un sentiment d'autonomie et amélioré l'intégration sociale.

Méthodologie

Composition des groupes participants

En vue de la rédaction des présentes lignes directrices, nous avons formé le Réseau de recherche sur la santé des sans-abri (Homeless Health Research Network) (<https://methods.cochrane.org/equity/projects/homeless-health-guidelines>), composé de cliniciens, d'universitaires et d'intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux. Le comité directeur pour les lignes directrices concernant la santé des sans-abri (Homeless Health Guideline Steering Committee) (K.P. [président], C.K., T.A., A.A., G.S., G.B., D.P., E.A., V.B., V.S. et P.T.) s'est réuni pour coordonner la préparation des lignes directrices. On a invité des experts de l'est et de l'ouest du Canada, de l'Ontario, du Québec et des Prairies à faire partie du comité directeur. Cinq autres personnes ayant vécu en situation d'itinérance (ci-après les « experts communautaires¹⁸⁰ ») ont été recrutés pour participer à la préparation des lignes directrices. Un comité de gestion (K.P., C.K. et P.T.) a supervisé les groupes participants et vérifié l'existence de possibles situations de conflit d'intérêts.

Le comité directeur a décidé de préparer une seule publication pour les lignes directrices après une série de 8 revues systématiques. Il a réuni des groupes de travail composés d'experts pour opérationnaliser chaque revue. Chaque groupe de travail était composé d'experts cliniques sur le sujet et d'experts communautaires responsables de la mise en contexte.

Le comité directeur a également formé une équipe technique chargée de fournir son expertise pour la conduite et la présentation des revues systématiques et des méta-analyses. En terminant, le comité directeur a formé un groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices, qui avait la responsabilité de fournir une revue externe des données probantes et d'ébaucher les recommandations. Ce comité était composé de 17 personnes, dont des médecins, des fournisseurs de soins primaires, des internistes, des psychiatres, des responsables de la santé publique, des personnes ayant connu l'itinérance, ainsi que des étudiants et résidents en médecine. Les membres du comité n'ont déclaré aucun conflit

d'intérêts financier ou intellectuel. Une liste complète des membres de chaque équipe est présentée à l'annexe 2, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.190777/-/DC1.

Sélection des thèmes prioritaires

Nous avons utilisé une méthode Delphi modifiée en 3 étapes pour obtenir un consensus (Esther Shoemaker, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020) pour sélectionner les problèmes de santé prioritaires chez les populations marginalisées sans-abri ou logées précairement. Brièvement, entre mai et juin 2017, nous avons conçu et mené un sondage (en français et en anglais) à l'aide duquel nous avons demandé à 84 experts et 76 personnes ayant connu l'itinérance de classer et prioriser une liste initiale des besoins et des populations. Nous avons spécifiquement demandé aux participants de garder à l'esprit 3 critères de sélection des priorités au moment de répondre au questionnaire Delphi en tenant compte des défis particuliers inhérents à la prestation des soins de santé aux personnes sans-abri ou logées précairement : valeur ajoutée (c.-à-d., possibilité d'une contribution unique et pertinente), réduction des iniquités évitables en matière de santé et réduction du fardeau de la maladie (c.-à-d., nombre de personnes pouvant présenter le problème de santé en question)¹⁸¹.

Les 4 premiers besoins prioritaires identifiés ont été les suivants : faciliter l'accès au logement, fournir des services pour les problèmes de santé mentale et de dépendances, assurer la coordination des soins et la gestion de cas, et faciliter l'accès à un revenu adéquat. Les populations marginalisées prioritaires identifiées incluaient : les personnes autochtones, les femmes et les familles, les jeunes, les personnes présentant une lésion cérébrale acquise, une déficience intellectuelle ou un handicap physique et les réfugiés et autres migrants (Esther Shoemaker, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020). Chaque groupe de travail a ensuite exploré la littérature à l'aide de Google Scholar et PubMed pour dresser une liste d'interventions et de termes relatifs à chacune des catégories de besoins prioritaires. Chaque groupe de travail est arrivé à un consensus entourant la liste finale des interventions à inclure (tableau 3).

Élaboration des lignes directrices

Nous avons suivi l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour l'élaboration de ces lignes directrices de pratique clinique, y compris l'identification des questions cliniques, les revues systématiques des meilleures données probantes disponibles, l'évaluation du degré de certitude des données probantes et la rédaction des recommandations¹⁸². Nous avons procédé à une série de revues systématiques pour répondre à la question clinique suivante :

Faut-il envisager les LPCS, le soutien au revenu, la gestion de cas, les agents pharmacologiques pour les utilisateurs d'opioïdes et/ou des interventions pour la réduction des méfaits chez les personnes ayant connu l'itinérance?

Les revues systématiques concernant chaque intervention ont suivi un modèle logique. On trouvera à l'annexe 3 accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.190777/-/DC1 une description détaillée de la méthodologie utilisée pour compiler

Tableau 3 : Description des interventions prioritaires

Intervention	Description
Logements supervisés permanents	<ul style="list-style-type: none"> Hébergement à long terme dans la communauté sans conditions préalables. Le logement peut être jumelé à la prestation de services de soutien individualisés adaptés aux besoins et aux choix des participants, y compris suivi intensif dans le milieu et gestion de cas intensive. Ces lignes directrices relient le modèle « Logement d'abord » (approche d'aide au logement qui priorise l'offre d'hébergement) aux logements permanents combinés avec support.
Soutien au revenu	<ul style="list-style-type: none"> Prestations et programmes qui améliorent le statut socioéconomique. Cela peut inclure un soutien direct au revenu et des programmes qui aident à réduire les coûts des produits de première nécessité. Ces lignes directrices regroupent aussi les programmes d'emploi (p. ex., placement et soutien individuels et thérapie par le travail rémunéré) dans cette catégorie.
Gestion de cas	<ul style="list-style-type: none"> La gestion de cas standard permet la prestation d'un éventail de services sociaux, médicaux et autres, avec l'objectif d'aider le client à maintenir un bon état de santé et des relations sociales saines. La gestion de cas intensive offre le soutien d'un gestionnaire de cas qui coordonne l'accès à une panoplie de services. Le soutien d'un gestionnaire de cas peut être offert jusqu'à 12 heures par jour, 7 jours par semaine et chaque gestionnaire de cas gère souvent 15 à 20 dossiers d'utilisateurs. Le suivi intensif dans le milieu offre des soins interdisciplinaires à des individus qui présentent des problèmes de santé mentale graves et persistants dans la communauté. Cette équipe devrait être disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'intervention en temps critique soutient la continuité des soins pour les utilisateurs de services lors de périodes de transition. La gestion de cas est assurée par un responsable de l'intervention en temps critique et il s'agit d'un service d'une durée limitée, qui s'échelonne sur habituellement 6 à 9 mois.
Interventions pharmacologiques pour la toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> Interventions pharmacologiques pour le trouble lié à l'utilisation des opioïdes, y compris méthadone, buprénorphine, diacétylmorphine, lévo-α-acétylméthadol et naltrexone. Agents pharmacologiques servant à renverser une surdose d'opioïdes : agonistes opioïdes administrés par voie intraveineuse ou intranasale (p. ex., naloxone).
Réduction des méfaits liés à la toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> Sites de consommation supervisée : établissements (indépendants, en colocation ou ponctuels) où les utilisateurs peuvent consommer sous supervision des substances obtenues préalablement. Programmes de gestion de la consommation d'alcool : refuge, aide médicale, services sociaux et sites de consommation d'alcool contrôlée pour aider les résidents qui ont un grave problème de consommation d'alcool.

les sommaires des données probantes de chaque recommandation, notamment les mots-clés des interrogations. Nous avons recherché des données probantes sur les questions relatives aux populations, aux interventions et aux comparaisons selon des protocoles publiés a priori¹⁸³⁻¹⁸⁶. Nous avons utilisé les termes pertinents et structuré les stratégies de recherche dans 9 bases de données bibliographiques pour les ERC et les études quasi expérimentales. L'équipe technique a passé en revue les titres, résumés et textes intégraux des citations relevées, sélectionné les données probantes à inclure et compilé les revues des données probantes, y compris les données sur les rapports coût-efficacité et l'utilisation des ressources avant de les soumettre à l'examen du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices. L'équipe technique a recueilli et synthétisé les données sur les paramètres a priori suivants : stabilité du logement, santé mentale, qualité de vie, toxicomanie, hospitalisation, emploi et revenu. Dans la mesure du possible, nous avons procédé à des méta-analyses à effets aléatoires et évalué la certitude des données probantes selon l'approche GRADE. Là où il n'était pas approprié de regrouper les résultats, nous les avons synthétisés de façon narrative.

En plus des revues portant sur les interventions et les rapports coût-efficacité, l'équipe technique a procédé à 3 revues systématiques pour recueillir des données contextuelles et spécifiques aux populations prioritaires lors de notre processus Delphi

(femmes, jeunes, réfugiés et migrants) (Christine Mathew, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020; Harneel Kaur, Université d'Ottawa, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020)¹⁶². En outre, nous avons procédé à une revue de la littérature qualitative pour connaître les valeurs et préférences des patients, centrée sur les expériences des personnes sans-abri qui s'engagent à l'endroit des interventions que nous avons sélectionnées²⁰.

Rédaction de l'ébauche des recommandations

Le comité directeur a tenu une activité de partage des connaissances de 2 jours, intitulée « Sommet sur la santé des sans-abri » (Homeless Health Summit) les 25 et 26 novembre 2018. Les participants incluaient des groupes de travail composés d'experts, des experts communautaires, des membres de l'équipe technique et d'autres intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux. Les résultats de toutes les revues sur les interventions ont été présentés et débattus conformément au cadre GRADE menant des données probantes à la prise de décision¹⁸⁷. Après la rencontre, le comité directeur a rédigé une ébauche des recommandations selon l'approche GRADE (encadré no 2) suite à un processus consensuel itératif. Tous les membres du comité directeur ont participé à de multiples étapes de lecture et de révision de l'ébauche des recommandations cliniques.

Examen par le groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices

Nous avons utilisé le cadre GRADE menant des données probantes à la prise de décision pour faciliter la rédaction des recommandations¹⁸⁷⁻¹⁸⁹ (annexe 4, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.190777/-/DC1). Nous avons utilisé GRADEpro et le logiciel Panel Voice pour recueillir les commentaires du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices¹⁹⁰. Les membres du groupe ont fourni leurs commentaires sur la formulation et la force des recommandations de l'ébauche. Ils ont aussi donné leurs points de vue sur leur application clinique. Nous avons demandé que 60 % des membres du groupe appuient une recommandation pour qu'elle soit acceptée. Après l'examen par le groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices, le comité directeur a passé en revue la dernière version des recommandations avant approbation finale.

Énoncés de bonnes pratiques

Nous avons rédigé un petit nombre d'énoncés de bonne pratique pour appuyer la mise en œuvre des recommandations initiales basées sur les données probantes. Un énoncé de bonne pratique représente en général des situations pour lesquelles un important corpus de données probantes indirectes vient fermement étayer le bénéfice net escompté d'une intervention recommandée, qui est nécessaire pour la prestation de soins de santé¹⁹¹⁻¹⁹³. Les groupes chargés de l'élaboration des lignes directrices considèrent la préparation d'énoncés de bonne pratique lorsqu'ils ont pleinement confiance que les données probantes indirectes viennent appuyer le bénéfice net escompté, lorsqu'il y a une justification claire et explicite reliant les données indirectes, et qu'il serait onéreux et contre-productif, donc peu utile, que le groupe recueille de telles données compte tenu de ses ressources limitées. Le comité directeur est arrivé à un consensus sur 3 énoncés de pratiques optimales à partir de données indirectes.

Identification des considérations relatives à la mise en œuvre

Nous avons procédé à une étude à méthodes mixtes pour identifier les déterminants de la mise en œuvre des lignes directrices au Canada (Olivia Magwood, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020). Brièvement, l'étude a inclus un sondage auprès de 88 intervenants et des entrevues semi-structurées avec des personnes ayant connu l'itinérance. Le sondage GRADE sur la faisabilité, l'acceptabilité, le coût (abordabilité) et l'équité (FACE) a recueilli des données sur la priorisation, la faisabilité, l'acceptabilité, le coût, l'équité et les projets de mise en œuvre relatives aux lignes directrices. Nous avons utilisé une analyse du cadre et une série de rencontres (Ottawa [Ontario], le 13 janvier 2020; Hamilton [Ontario], le 16 août 2019; Gatineau [Québec], le 18 juillet 2019) avec les intervenants concernés dans le domaine de la santé des sans-abris pour analyser nos données de mise en œuvre.

Gestion des intérêts concurrents

Les intérêts concurrents ont été évalués au moyen d'un formulaire détaillé adapté du Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest de l'International Committee of Medical Jour-

nal Editors¹⁹⁴ et du formulaire type d'Elsevier sur l'accord des coauteurs concernant un projet scientifique, les imprévus et la communication¹⁹⁵. Ces formulaires ont été recueillis au début des activités relatives aux lignes directrices après du comité directeur, du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices et des experts communautaires. Tous les auteurs ont soumis un formulaire à jour en date de juin 2019 et avant la publication.

Le comité directeur a passé en revue de manière itérative ces énoncés et a interrogé les participants si des clarifications étaient nécessaires ou des préoccupations étaient soulevées. A priori, le comité directeur s'est entendu sur l'exclusion des membres concernés par une situation de conflit d'intérêts majeur. Aucun intérêt concurrent n'a été déclaré.

Mise en œuvre

Notre étude à méthodes mixtes (Olivia Magwood, Institut de recherche Bruyère, Ottawa [Ontario] : données non publiées, 2020) sur les priorités, la faisabilité, l'acceptabilité, le coût, l'équité et l'intention de mise en œuvre des lignes directrices a soulevé les enjeux suivants relativement à leur mise en œuvre.

Les intervenants ont rappelé l'importance de sensibiliser davantage les fournisseurs de soins primaires au processus d'inscription aux programmes de LPCS et d'informer les patients au sujet des ressources accessibles dans la communauté.

Les principaux enjeux relatifs à la faisabilité concernaient la disponibilité limitée des services existants, tels que le logement, de même que des problèmes sur les plans de l'administration et des ressources humaines. Par exemple, tous les fournisseurs de soins primaires ne travaillent pas dans un modèle global de soins interdisciplinaires et ils n'ont pas tous accès à un travailleur social ou à un coordonnateur des soins capable de faire le pont entre les patients et les services existants. En outre, les listes d'attente pour les LPCS sont souvent longues. Malgré cela, tous les intervenants se sont dits d'accord sur le fait que l'accès aux LPCS était une priorité et une recommandation faisable.

Les médecins et autres professionnels de la santé ne sont pas toujours d'accord avec ce nouveau rôle. Certains commentaires évoquent les réticences des médecins de famille dont les consultations avec les patients sont soumises à des contraintes de temps et qui connaissent moins les déterminants sociaux de la santé, comme le logement ou le revenu. Les étapes initiales préconisées dans ces lignes directrices s'accompagneraient d'un coût d'opportunité pour eux. La stigmatisation inhérente à l'itinérance a été reconnue comme un obstacle important aux soins chez les populations sans-abri.

Plusieurs intervenants ont reconnu que la mise en œuvre efficace de ces recommandations pourrait nécessiter des coûts modérés pour accroître l'offre de logement, le soutien au revenu et les ressources humaines. Toutefois, les sites de consommation supervisée, avec l'éventail des services qu'ils offrent, ont été perçus comme économiques.

Plusieurs interventions ont le potentiel d'accroître l'équité en matière de santé, si elles sont disponibles et accessibles localement. Plusieurs intervenants ont rappelé les occasions où il est possible de faire connaître les étapes initiales et d'en faire la promotion à l'échelle des systèmes afin d'accroître la disponibilité des services.

Mesures de rendement suggérées

Nous avons élaboré une série de mesures de rendement que les professionnels et les responsables des orientations politiques pourraient envisager dans le cadre de ces lignes directrices :

- proportion d'adultes évalués sur le plan de l'itinérance ou de la précarité du logement sur une période d'un an
- proportion d'adultes admissibles considérés candidats à un soutien au revenu sur une période d'un an
- proportion d'adultes admissibles utilisant des opioïdes à qui on offre un traitement par agonistes opioïdes sur une période d'un an

Mises à jour

Le Réseau de recherche sur la santé des sans-abri s'engage à mettre ces lignes directrices à jour tous les 5 ans.

Autres lignes directrices

Cette série de lignes directrices se veut un complément à d'autres lignes directrices déjà publiées. Elle vise à soutenir les prochaines lignes directrices spécifiques aux populations autochtones, qui reconnaîtront l'importance du leadership autochtone et d'une méthodologie adaptée aux causes sous-jacentes distinctes de l'itinérance chez cette population (Jesse Thistle, Université York, Toronto [Ontario] : communication personnelle, 2020).

L'Organisation mondiale de la santé a élaboré des lignes directrices pour promouvoir des normes de logement saines afin de sauver des vies, prévenir la maladie et augmenter la qualité de vie¹⁹⁶. D'autres lignes directrices spécifiques au trouble lié à l'utilisation des opioïdes existent^{197,198}, y compris une série de lignes directrices pour les patients « réfractaires au traitement »¹⁹⁹. Au Royaume-Uni, le National Institute for Health Care and Excellence (NICE) a publié des lignes directrices pour le traitement ambulatoire de la schizophrénie et des lignes directrices pour les multimorbidités (www.nice.org.uk/guidance). Le National Health Care for the Homeless Council des États-Unis a adapté des pratiques optimales pour venir en aide aux travailleurs de première ligne qui prennent soin des populations itinérantes²⁰⁰.

En quoi ces lignes directrices se distinguent-elles?

S'appuyant sur l'aide de patients et d'autres intervenants, ces lignes directrices suggèrent des étapes initiales et des approches basées sur les données probantes pour les personnes sans-abri ou logées précairement. Elles posent un regard clinique neuf sur des interventions en amont capables de former la base sociale et médicale d'une intégration communautaire. Les étapes initiales appuient la vision du Centre for Homelessness Impact du Royaume-Uni, et pavent la voie à une société où l'expérience de l'itinérance, dans les cas où elle ne peut être prévenue, sera rare, brève, et non récurrente²⁰¹. Enfin, nous espérons que l'engagement de nos intervenants sera une source d'inspiration et incitera les futurs étudiants, professionnels de la santé et responsables de la santé publique à mettre en œuvre les recommandations concernant les étapes initiales.

Lacunes dans les connaissances

Les initiatives politiques basées sur les données probantes devront prendre acte de l'accélération des disparités sanitaires et économiques entre les populations itinérantes et la population générale. À mesure que le modèle des centres de médecine de famille prendra de l'expansion pour la prestation des soins primaires²⁷, il sera possible de faire de la recherche sur la façon de mieux adapter les soins en fonction des traumatismes²⁰² et de soutenir ainsi les interventions préconisées dans ces lignes directrices. En effet, la recherche clinique pourra préciser de quelle façon les fournisseurs de soins appliqueront le protocole des étapes initiales : logement, revenu, gestion de cas et dépendances. Quand on aura amélioré les conditions de vie ainsi que la coordination des soins et leur continuité, la recherche et la pratique pourront se consacrer aux maladies traitables, comme le VIH, l'hépatite C, la toxicomanie, la maladie mentale et la tuberculose²⁰³.

Les formateurs en médecine devront aussi concevoir de nouveaux outils de formation pour appuyer la mise en œuvre des interventions. Il faudra également instaurer des programmes, des cours et des stages pour soutenir la prestation des interventions et des soins centrés sur les patients et adaptés aux traumatismes¹². Plusieurs des interventions recommandées dans ces lignes directrices sont tributaires de la collaboration entre les fournisseurs de soins communautaires, les coordonnateurs au logement et les gestionnaires de cas. La recherche interdisciplinaire en soins primaires et le maintien des liens avec ce milieu profiteront des nouveaux réseaux de cliniques de santé créés à l'intention des personnes en situation d'itinérance. La surveillance de la transition des soins et l'accès au logement seront d'importants objectifs de recherche de la Stratégie nationale sur le logement du Canada et du programme connexe Vers un chez-soi.

Conclusion

L'itinérance est devenue une urgence sanitaire. Parmi les étapes initiales fortement recommandées dans ces lignes directrices pour faire face à la crise, mentionnons la mise en place de LPCS comme priorité immédiate. Les lignes directrices reconnaissent aussi le rôle des traumatismes, de l'incapacité, de la maladie mentale et de la stigmatisation chez les personnes sans-abri ou ayant connu l'itinérance et recommandent d'autres étapes prioritaires : soutien au revenu, gestion de cas intensive en présence de maladie mentale, et interventions axées sur la réduction des méfaits sur le traitement des dépendances, y compris l'accès au traitement par agonistes opioïdes et aux sites de consommation supervisée.

La mise en œuvre réussie de ces lignes directrices dépendra de l'attention accordée aux recommandations initiales, de la confiance, de la sécurité des patients et de la collaboration constante entre les soins primaires, les soins en santé mentale, la santé publique, la population desservie et les organisations communautaires élargies, c'est-à-dire, au-delà du strict milieu de la santé.

Références

- 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.
- 31 days of promoting a better urban future: Report 2018. Nairobi (Kenya): UN Habitat, United Nations Human Settlement Programme; 2018. Disponible : <https://oldweb.unhabitat.org/wp-content/uploads/2019/01/Final-short-version-UN-Habitat-Urban-October-Report.pdf> (consulté le 1 avril 2019).
- Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcome-ness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med* 2007;22:1011-7.
- Coltman L, Gapka S, Harriott D, et al. Understanding community integration in a housing-first approach: Toronto At Home/Chez Soi community-based research. *Intersectionalities* 2015;4:39-50.
- Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384:1541-7.
- Canadian definition of homelessness. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness; 2012. Disponible : [www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Definition of Homelessness.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Definition%20of%20Homelessness.pdf) (consulté le 1 avril 2019).
- Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, et al. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ* 2009;339:b4036.
- Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ* 2003;327:81.
- Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384:1529-40.
- Gaetz S, Dej E, Richter T, et al. *The state of homelessness in Canada 2016*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016.
- Thistle J. *Indigenous definition of homelessness in Canada*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017.
- Belanger YD, Awosoga O, Head GW. Homelessness, urban Aboriginal people, and the need for a national enumeration. *Aboriginal Policy Studies* 2013;2:4-33.
- Taylor M. How is rural homelessness different from urban homelessness? Toronto: The Canadian Observatory on Homelessness/Homeless Hub; 2018. Disponible : www.homelesshub.ca/blog/how-rural-homelessness-different-urban-homelessness (consulté le 6 février 2019).
- Rodrigue S. *Hidden homelessness in Canada*. Cat no 75-006-X. Ottawa: Statistics Canada; 2016.
- Gulliver-Garcia T. *Putting an end to child & family homelessness in Canada*. Toronto: Raising the Roof; 2016.
- Andermann A.; CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ* 2016; 188:E474-83.
- Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, et al. The patient-centered medical home: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:169-78.
- A new vision for Canada: family practice — the patient's medical home 2019*. Mississauga (ON): The College of Family Physicians of Canada; 2019.
- Declaration of Alma-Ata. *Proceedings of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*; 1978 Sept. 6–12. Geneva: World Health Organization.
- Magwood O, Leki VY, Kpade V, et al. Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS One* 2019;14:e0226306.
- Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet* 2018;391:266-80.
- Thistle JA, Laliberte N, Pekiwewin (Coming Home): Clinical practice guidelines for health and social service providers working with Indigenous people experiencing homelessness. Verbal concurrent session presented at the Canadian Alliance to End Homelessness Conference, 2019 Nov. 4; Edmonton.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- Racine N, Killam T, Madigan S. Trauma-informed care as a universal precaution: beyond the adverse childhood experiences questionnaire. *JAMA Pediatr* 2019 Nov. 4 [Epub ahead of print]. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3866.
- Reeves E. A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues Ment Health Nurs* 2015;36:698-709.
- Hopper E, Bassuk E, Olivet J. Shelter from the storm: trauma-informed care in homelessness services settings. *Open Health Serv Policy J* 2009;2:131-51.
- A new vision for Canada: family practice — The patient's medical home. Mississauga (ON): College of Family Physicians of Canada; 2019. Disponible : www.cfpc.ca/A_Vision_for_Canada (consulté le 2 décembre 2019).
- Valaitis RK, O'Mara L, Wong ST, et al. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration: the influence of intra-personal and interpersonal factors. *Prim Health Care Res Dev* 2018;19:378-91.
- Akhtar-Danesh N, Valaitis R, O'Mara L, et al. Viewpoints about collaboration between primary care and public health in Canada. *BMC Health Serv Res* 2013;13:311.
- Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, et al. A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2016;67:275-81.
- Cherner RA, Aubry T, Sylvestre J, et al. Housing first for adults with problematic substance use. *J Dual Diagn* 2017;13:219-29.
- Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, et al. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50:674-9.
- Hwang SW, Gogosis E, Chambers C, et al. Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *J Urban Health* 2011;88:1076-90.
- Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment approach. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:40-5.
- Martinez TE, Burt MR. Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatr Serv* 2006;57:992-9.
- McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2004;30:969-82.
- Rich AR, Clark C. Gender differences in response to homelessness services. *Eval Program Plann* 2005;28:69-81. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.05.003.
- Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, et al. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA* 2009;301:1771-8.
- Siegel CE, Samuels J, Tang D-I, et al. Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatr Serv* 2006;57:982-91.
- Stefancic A, Tsemberis S. Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *J Prim Prev* 2007;28:265-79.
- Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, et al.; At Home/Chez Soi Investigators. Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA* 2015;313:905-15.
- Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004;94:651-6.
- Young MS, Clark C, Moore K, et al. Comparing two service delivery models for homeless individuals with complex behavioral health needs: preliminary data from two SAMHSA treatment for homeless studies. *J Dual Diagn* 2009;5:287-304.
- Kozloff N, Adair CE, Palma Lazgare LI, et al. "Housing First" for homeless youth with mental illness. *Pediatrics* 2016;138:e20161514.
- Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, et al. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *J Community Appl Soc Psychol* 2003;13:171-86. doi: 10.1002/casp.723.
- Poremski D, Stergiopoulos V, Braithwaite E, et al. Effects of Housing First on employment and income of homeless individuals: results of a randomized trial. *Psychiatr Serv* 2016;67:603-9.
- Booshehri LG, Dugan J, Patel F, et al. Trauma-informed Temporary Assistance for Needy Families (TANF): a randomized controlled trial with a two-generation impact. *J Child Fam Stud* 2018;27:1594-604.
- Ferguson KM. Employment outcomes from a randomized controlled trial of two employment interventions with homeless youth. *J Soc Social Work Res* 2018; 9:1-21.
- Forchuk C, MacClure SK, Van Beers M, et al. Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and "No Fixed Address". *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:569-75.
- Gubits D, Shinn M, Wood M, et al. What interventions work best for families who experience homelessness? Impact estimates from the family options study. *J Policy Anal Manage* 2018;37:735-66.
- Hurlburt MS, Hough RL, Wood PA. Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatr Serv* 1996;47:731-6.

52. Kashner TM, Rosenheck R, Campinell AB, et al. Impact of work therapy on health status among homeless, substance-dependent veterans: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:938-44.
53. Pankratz C, Nelson G, Morrison M. A quasi-experimental evaluation of rent assistance for individuals experiencing chronic homelessness. *J Community Psychol* 2017;45:1065-79. doi: 10.1002/jcop.21911.
54. Poremski D, Distasio J, Hwang SW, et al. Employment and income of people who experience mental illness and homelessness in a large Canadian sample. *Can J Psychiatry* 2015;60:379-85.
55. Rosenheck R, KasproW W, Frisman L, et al. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:940-51.
56. Wolitski RJ, Kidder DP, Pals SL, et al.; Housing and Health Study Team. Randomized trial of the effects of housing assistance on the health and risk behaviors of homeless and unstably housed people living with HIV. *AIDS Behav* 2010;14:493-503.
57. Conrad KJ, Hultman CI, Pope AR, et al. Case managed residential care for homeless addicted veterans. Results of a true experiment. *Med Care* 1998;36:40-53.
58. Graham-Jones S, Reilly S, Gaulton E. Tackling the needs of the homeless: a controlled trial of health advocacy. *Health Soc Care Community* 2004;12:221-32.
59. Lapham SC, Hall M, Skipper BJ. Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *J Addict Dis* 1995;14:41-55.
60. Nyamathi A, Flaskerud JH, Leake B, et al. Evaluating the impact of peer, nurse case-managed, and standard HIV risk-reduction programs on psychosocial and health-promoting behavioral outcomes among homeless women. *Res Nurs Health* 2001;24:410-22.
61. Nyamathi AM, Zhang S, Salem BE, et al. A randomized clinical trial of tailored interventions for health promotion and recidivism reduction among homeless parolees: outcomes and cost analysis. *J Exp Criminol* 2016;12:49-74.
62. Sosin MR, Bruni M, Reidy M. Paths and impacts in the progressive independence model: a homelessness and substance abuse intervention in Chicago. *J Addict Dis* 1995;14:1-20.
63. Towe VL, Wiewel EW, Zhong Y, et al. A randomized controlled trial of a rapid rehousing intervention for homeless persons living with HIV/AIDS: impact on housing and HIV medical outcomes. *AIDS Behav* 2019;23:2315-25.
64. Upshur C, Weinreb L, Bharel M, et al. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *J Subst Abuse Treat* 2015;51:19-29.
65. Weinreb L, Upshur CC, Fletcher-Blake D, et al. Managing depression among homeless mothers: pilot testing an adapted collaborative care intervention. *Prim Care Companion CNS Disord* 2016;18.
66. Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res* 2000;2:155-64.
67. Essock SM, Frisman LK, Kontos NJ. Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:179-90.
68. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57:185-96.
69. Fletcher TD, Cunningham JL, Calsyn RJ, et al. Evaluation of treatment programs for dual disorder individuals: modeling longitudinal and mediation effects. *Adm Policy Ment Health* 2008;35:319-36.
70. Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1038-43.
71. Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, et al. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:1005-10.
72. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1997;48:497-503.
73. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Ment Health J* 2006;42:377-404.
74. Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, et al. Effective services for homeless substance abusers. *J Addict Dis* 1995;14:87-109.
75. Burnam MA, Morton SC, McGlynn EA, et al. An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Addict Dis* 1995;14:111-34.
76. Cauce AM, Morgan CJ, Wagner V, et al. Effectiveness of intensive case management for homeless adolescents: of a 3-month follow-up. *J Emot Behav Disord* 1994;2:219-27.
77. Clark C, Rich AR. Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatr Serv* 2003;54:78-83.
78. Cox GB, Walker RD, Freng SA, et al. Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *J Stud Alcohol* 1998;59:523-32.
79. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995;46:1037-44.
80. Grace M, Gill PR. Improving outcomes for unemployed and homeless young people: findings of the YP4 clinical controlled trial of joined up case management. *Aust Soc Work* 2014;67:419-37.
81. Korr WS, Joseph A. Housing the homeless mentally ill: Findings from Chicago. *J Soc Serv Res* 1996;21:53-68.
82. Malte CA, Cox K, Saxon AJ. Providing intensive addiction/housing case management to homeless veterans enrolled in addictions treatment: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav* 2017;31:231-41.
83. Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet* 1995;345:409-12.
84. Orwin RG, Sonnefeld LJ, Garrison-Mogren R, et al. Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Eval Rev* 1994;18:153-207.
85. Rosenblum A, Nuttbrock L, McQuiston H, et al. Medical outreach to homeless substance users in New York City: preliminary results. *Subst Use Misuse* 2002;37:1269-73.
86. Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, et al. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000;90:1873-8.
87. Stahler GJ, Shipley TF Jr, Bartelt D, et al. Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *J Addict Dis* 1996;14:151-67.
88. Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, et al. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. *Am J Emerg Med* 2008;26:155-64.
89. Toro PA, Passero Rabideau JM, Bellavia CW, et al. Evaluating an intervention for homeless persons: results of a field experiment. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:476-84.
90. de Vet R, Beijersbergen MD, Jonker IE, et al. Critical time intervention for homeless people making the transition to community living: a randomized controlled trial. *Am J Community Psychol* 2017;60:175-86.
91. Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, et al. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 2011;62:713-9.
92. Lako DAM, Beijersbergen MD, Jonker IE, et al. The effectiveness of critical time intervention for abused women leaving women's shelters: a randomized controlled trial. *Int J Public Health* 2018;63:513-23.
93. Shinn M, Samuels J, Fischer SN, et al. Longitudinal impact of a family critical time intervention on children in high-risk families experiencing homelessness: a randomized trial. *Am J Community Psychol* 2015;56:205-16.
94. Susser E, Valencia E, Conover S, et al. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health* 1997;87:256-62.
95. Samuels J, Fowler PJ, Ault-Brutus A, et al. Time-limited case management for homeless mothers with mental health problems: effects on maternal mental health. *J Soc Social Work Res* 2015;6:515-39.
96. Jones K, Colson PW, Holter MC, et al. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2003;54:884-90.
97. Tomita A, Herman DB. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 2012;63:935-7.
98. Jones K, Colson P, Valencia E, et al. A preliminary cost effectiveness analysis of an intervention to reduce homelessness among the mentally ill. *Psychiatr Q* 1994;65:243-56.
99. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: a systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS ONE* 15(1):e0227298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227298>.

100. Bahji A, Bajaj N. Opioids on trial: a systematic review of interventions for the treatment and prevention of opioid overdose. *Can J Addict* 2018;9:26-33.
101. Clark N, Lintzeris N, Gijssbers A, et al. LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002210.
102. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: a Cochrane systematic review of effectiveness. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:63-72.
103. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, et al. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(8):CD004145.
104. Jones HE, Heil SH, Baewert A, et al. Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. *Addiction* 2012;107(Suppl 1):5-27.
105. Karki P, Shrestha R, Huedo-Medina TB, et al. The impact of methadone maintenance treatment on HIV risk behaviors among high-risk injection drug users: a systematic review. *Evid Based Med Public Health* 2016;2:pil: e1229.
106. Kirchmayer U, Davoli M, Verster AD, et al. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction* 2002;97:1241-9.
107. Larney S, Gowing L, Mattick RP, et al. A systematic review and meta-analysis of naltrexone implants for the treatment of opioid dependence. *Drug Alcohol Rev* 2014;33:115-28.
108. Lobmaier P, Kornør H, Kunøe N, et al. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006140.
109. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2):CD002207.
110. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002209.
111. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, et al. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(4):CD001333.
112. Platt L, Minozzi S, Reed J, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD012021.
113. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DAWM, et al. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:311-23.
114. Saullé R, Vecchi S, Gowing L. Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD011983.
115. Simoens S, Matheson C, Bond C, et al. The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence. *Br J Gen Pract* 2005;55:139-46.
116. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550.
117. Helm S, Trescot AM, Colson J, et al. Opioid antagonists, partial agonists, and agonists/antagonists: the role of office-based detoxification. *Pain Physician* 2008;11:225-35.
118. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *Br J Psychiatry* 2015;207:5-14.
119. Thomas CP, Fullerton CA, Kim M, et al. Medication-assisted treatment with buprenorphine: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65:158-70.
120. Weinmann S, Kunstmann W, Rheinberger P. Methadone substitution — a scientific review in the context of out-patient therapy in Germany [article in German]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2004;98:673-82.
121. Wilder C, Lewis D, Winhusen T. Medication assisted treatment discontinuation in pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2015;149:225-31.
122. Klimas J, Gorfinkel L, Giacomuzzi SM, et al. Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder. *BMJ Open* 2019;9:e025799.
123. Maglione MA, Raean L, Chen C, et al. Effects of medication assisted treatment (MAT) for opioid use disorder on functional outcomes: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2018;89:28-51.
124. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep* 2017;14:161-83.
125. Potier C, Laprêvotte V, Dubois-Arber F, et al. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend* 2014;145:48-68.
126. McNeil R, Small W. 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Soc Sci Med* 2014;106:151-8.
127. Muckle W, Muckle J, Welch V, et al. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006747.
128. Ezard N, Dolan K, Baldry E, et al. *Feasibility of a Managed Alcohol Program (MAP) for Sydney's homeless*. Canberra (AU): Foundation for Alcohol Research and Education; 2015.
129. Nielsen E, Novotna G, Berenyi R, et al. *Harm reduction interventions for chronic and severe alcohol use among populations experiencing homelessness: a literature review*. Regina: University of Regina, Carmichael Outreach Inc.; 2018.
130. Basu A, Kee R, Buchanan D, et al. Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Serv Res* 2012;47:523-43.
131. Culhane DP, Metraux S, Hadley T. Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Hous Policy Debate* 2002;13:107-63.
132. Dickey B, Latimer E, Powers K, et al. Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. *J Ment Health Adm* 1997;24:291-305.
133. Gilmer TP, Manning WG, Ettner SL. A cost analysis of San Diego County's REACH program for homeless persons. *Psychiatr Serv* 2009;60:445-50.
134. Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, et al. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:645-52.
135. Hunter S, Harvey M, Briscoe B, et al. *Evaluation of housing for health permanent supportive housing program*. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2017.
136. Holtgrave DR, Wolitski RJ, Pals SL, et al. Cost-utility analysis of the housing and health intervention for homeless and unstably housed persons living with HIV. *AIDS Behav* 2013;17:1626-31.
137. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
138. Latimer EA, Rabouin D, Cao Z, et al.; At Home/Chez Soi Investigators. Cost-effectiveness of Housing First intervention with intensive case management compared with treatment as usual for homeless adults with mental illness: secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2019;2:e199782.
139. Lenz-Rashid S. Supportive housing program for homeless families: Foster care outcomes and best practices. *Child Youth Serv Rev* 2017;79:558-63.
140. Lim S, Gao Q, Stazesky E, et al. Impact of a New York City supportive housing program on Medicaid expenditure patterns among people with serious mental illness and chronic homelessness. *BMC Health Serv Res* 2018;18:15.
141. McLaughlin TC. Using common themes: cost-effectiveness of permanent supported housing for people with mental illness. *Res Soc Work Pract* 2010;21:404-11.
142. Mares AS, Rosenheck RA. A comparison of treatment outcomes among chronically homeless adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. *Adm Policy Ment Health* 2011;38:459-75.
143. Pauley T, Gargaro J, Falode A, et al. Evaluation of an integrated cluster care and supportive housing model for unstably housed persons using the shelter system. *Prof Case Manag* 2016;21:34-42.
144. Schinka JA, Francis E, Hughes P, et al. Comparative outcomes and costs of inpatient care and supportive housing for substance-dependent veterans. *Psychiatr Serv* 1998;49:946-50.
145. Srebnik D, Connor T, Sylla L. A pilot study of the impact of housing first-supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *Am J Public Health* 2013;103:316-21.
146. Evans WN, Sullivan JX, Wallskog M. The impact of homelessness prevention programs on homelessness. *Science* 2016;353:694-9.
147. Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Serv Res* 1998;33:1285-308.
148. Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1999;174:346-52.

149. Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, et al. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *Am J Psychiatry* 1997;154:341-8.
150. Okin RL, Boccicelli A, Azocar F, et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med* 2000;18:603-8.
151. Hwang SW. Homelessness in health. *CMAJ* 2001;164:229-33.
152. National Clinical Guideline Centre (UK). *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services – patient experience in generic terms*. NICE Clinical Guidelines No 138. London (UK): Royal College of Physicians; 2012. Disponible : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115230 (consulté le 12 décembre 2019).
153. Jonker IE, Sijbrandij M, Van Luijckelaar MJA, et al. The effectiveness of interventions during and after residence in women's shelters: a meta-analysis. *Eur J Public Health* 2015;25:15-9.
154. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(12):CD005043.
155. Speirs V, Johnson M, Jirojwong S. A systematic review of interventions for homeless women. *J Clin Nurs* 2013;22:1080-93.
156. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003;289:589-600.
157. Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:575-90.
158. Gubits D, Shinn M, Wood M, et al. *Family options study: 3-year impacts of housing and services interventions for homeless families*. 2016. doi: 10.2139/ssrn.3055295.
159. Milby JB, Schumacher JE, Wallace D, et al. To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment. *Am J Public Health* 2005;95:1259-65.
160. Nyamathi AM, Leake B, Flaskerud J, et al. Outcomes of specialized and traditional AIDS counseling programs for impoverished women of color. *Res Nurs Health* 1993;16:11-21.
161. Nyamathi A, Flaskerud J, Keenan C, et al. Effectiveness of a specialized vs. traditional AIDS education program attended by homeless and drug-addicted women alone or with supportive persons. *AIDS Educ Prev* 1998;10:433-46.
162. Wang JZ, Mott S, Magwood O, et al. The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Public Health* 2019;19:1528.
163. Couch J. 'My life just went zig zag': refugee young people and homelessness. *Youth Stud Aust* 2011;30:22-32.
164. Couch J. 'Neither here nor there': refugee young people and homelessness in Australia. *Child Youth Serv Rev* 2017;74:1-7.
165. Couch J. On their own: perceptions of services by homeless young refugees. *Dev Pract* 2012;(31):19-28.
166. D'Addario S, Hiebert D, Sherrill K. Restricted access: The role of social capital in mitigating absolute homelessness among immigrants and refugees in the GVRD. *Refuge* 2007;24:107-15.
167. Dwyer P, Brown D. Accommodating "others"? : housing dispersed, forced migrants in the UK. *J Soc Welf Fam Law* 2008;30:203-18.
168. Flatau P, Smith J, Carson G, et al. *The housing and homelessness journeys of refugees in Australia*. AHURI Final Rep No 256. Melbourne (AU): Australian Housing and Urban Research Institute Limited; 2015.
169. Hulín M, Hulínová VA, Martinkovič M, et al. Housing among persons of international protection in the Slovak Republic. *Rojagiri J Soc Dev* 2013;5.
170. Idemudia ES, Williams JK, Wyatt GE. Migration challenges among Zimbabwean refugees before, during and post arrival in South Africa. *J Inj Violence Res* 2013;5:17-27.
171. Im H. A social ecology of stress and coping among homeless refugee families. Vol. 73, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. University of Minnesota Digital Conservancy; 2012:355. Disponible : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc9&NEWS=N&AN=2012-99130-061> (consulté le 1 septembre 2019). Login required to access content.
172. Kissoon P. From persecution to destitution: a snapshot of asylum seekers' housing and settlement experiences in Canada and the United Kingdom. *J Immigr Refug Stud* 2010;8:4-31.
173. Kissoon P. An uncertain home: refugee protection, illegal immigration status, and their effects on migrants' housing stability in Vancouver and Toronto. *Can Issues* 2010;64-7.
174. Mostowska M. Migration and homelessness: the social networks of homeless Poles in Oslo. *J Ethn Migr Stud* 2013;39:1125-40.
175. Mostowska M. Homelessness abroad: "place utility" in the narratives of the Polish homeless in Brussels. *Int Migr* 2014;52:118-29.
176. Paradis E, Novac S, Sarty M, et al. Homelessness and housing among status immigrant, non-status migrant, and Canadian-born Families in Toronto. *Can Issues* 2010.
177. Sherrill K, D'Addario S, Hiebert D. On the outside looking in: the precarious housing situations of successful refugee claimants in the GVRD. *Refuge* 2007;24:64-75.
178. Sjollem SD, Hordyk S, Walsh CA, et al. Found poetry: finding home – a qualitative study of homeless immigrant women. *J Poetry Ther* 2012;25:205-17.
179. Walsh CA, Hanley J, Ives N, et al. Exploring the experiences of newcomer women with insecure housing in Montréal Canada. *J Int Migr Integ* 2016;17:887-904.
180. Kendall CE, Shoemaker ES, Crowe L, et al. Engagement of people with lived experience in primary care research: living with HIV Innovation Team Community Scholar Program. *Can Fam Physician* 2017;63:730-1.
181. Swinkels H, Pottie K, Tugwell P, et al.; Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. *CMAJ* 2011;183:E928-32.
182. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64:383-94.
183. Pottie K, Mathew CM, Mendonca O, et al. PROTOCOL: A comprehensive review of prioritized interventions to improve the health and wellbeing of persons with lived experience of homelessness. *Campbell Syst Rev* 2019;15:e1048.
184. Magwood O, Gebremeskel A, Ymele Lekki V, et al. *Protocol 1: The experiences of homeless and vulnerably housed persons around health and social services. A protocol for a systematic review of qualitative studies*. Cochrane Methods Equity; 2018. Disponible : https://methods.cochrane.org/equity/sites/methods.cochrane.org/equity/files/public/uploads/protocol_the_experiences_of_homeless_and_vulnerably_housed_persons_around_health_and_social_services.pdf (consulté le 12 décembre 2019).
185. Kpade V, Magwood O, Salvalaggio G, et al. *Protocol 3: Harm reduction and pharmacotherapeutic interventions for persons with substance use disorders: a protocol for a systematic review of reviews*. Cochrane Methods Equity; 2018.
186. Wang J, Mott S, Mathew C, et al. Protocol: Impact of interventions for homeless youth: a narrative review using health, social, Gender, and equity outcomes. Cochrane Methods Equity; 2018. Disponible : https://methods.cochrane.org/equity/sites/methods.cochrane.org/equity/files/public/uploads/youth_narrative_review_protocol.pdf (consulté le 12 décembre 2019).
187. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, et al.; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;353:i2089.
188. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, et al.; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ* 2016;353:i2016.
189. Schünemann HJ, Mustafa R, Brozek J, et al.; GRADE Working Group. GRADE Guidelines: 16. GRADE evidence to decision frameworks for tests in clinical practice and public health. *J Clin Epidemiol* 2016;76:89-98.
190. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [software]. Hamilton (ON): McMaster University; 2015 (developed by Evidence Prime, Inc.). Disponible : <https://grade.pro> (consulté le 1 février 2019).
191. Tugwell P, Knottnerus JA. When does a good practice statement not justify an evidence based guideline? *J Clin Epidemiol* 2015;68:477-9.
192. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *J Clin Epidemiol* 2016;80:3-7.
193. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, et al. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol* 2015;68:597-600.
194. Drazen JM, de Leeuw PW, Laine C, et al. Toward more uniform conflict disclosures: the updated ICMJE conflict of interest reporting form. *JAMA* 2010;304:212-3.
195. Primack RB, Cigliano JA, Parsons ECM, et al. Coauthors gone bad; how to avoid publishing conflict and a proposed agreement for co-author teams [editorial]. *Biol Conserv* 2014;176:277-80.
196. *WHO housing and health guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2018.

197. Korownyk C, Perry D, Ton J, et al. Managing opioid use disorder in primary care: PEER simplified guideline. *Can Fam Physician* 2019;65:321-30.
198. Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-È, et al.; CIHR Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ* 2018;190:E247-57.
199. Fairbairn N, Ross J, Trew M, et al. Injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder: a national clinical guideline. *CMAJ* 2019;191:E1049-56.
200. Montauk SL. The homeless in America: adapting your practice. *Am Fam Physician* 2006;74:1132-8.
201. Teixeira L, Russell D, Hobbs T. The SHARE framework: a smarter way to end homelessness. London (UK): Centre for Homelessness Impact; 2018; Disponible : www.homelessness.ca/resource/share-framework-smarter-way-end-homelessness (consulté le 12 décembre).
202. Purkey E, Patel R, Phillips SP. Trauma-informed care: better care for everyone. *Can Fam Physician* 2018;64:170-2.
203. Homelessness & health: What's the connection [fact sheet]. Nashville (TN): National Health Care for the Homeless Council; 2011. Disponible : https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/Hln_health_factsheet_Jan10-1.pdf (consulté le 1 juin 2019).

Intérêts concurrents : Gary Bloch est membre fondateur, ex-membre du conseil et actuellement clinicien de Inner City Health Associates (ICHA), un groupe de médecins qui travaillent avec des personnes sans-abri à Toronto et qui a financé l'élaboration de ces lignes directrices. Il n'a reçu aucune rémunération pour le travail effectué sur ces lignes directrices et n'a pas participé aux processus décisionnels du conseil de l'ICHA ayant trait à ce projet. Ritika Goel, Michaela Beder et Stephen Hwang sont rémunérés pour leurs services cliniques par l'ICHA, mais n'ont reçu de rémunération pour aucun des aspects des travaux soumis. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Centre de recherche en soins de santé primaires C.T. Lamont (Pottie, Kendall, Magwood, Shoemaker, Saad, Hannigan, Wang, Kaur), Institut de recherche Bruyère; Département de médecine familiale (Pottie, Kendall, Ponka, Shoemaker) et École d'épidémiologie et de santé publique (Pottie, Kendall), Université d'Ottawa; Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Kendall, Shoemaker), Ottawa, Ont.; IRSS (Kendall, Shoemaker); Institut du savoir Li Ka Shing (Kendall), Hôpital St. Michael, Toronto, Ont.; École de psychologie (Aubry), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Départements de médecine familiale et d'épidémiologie, de biostatistiques et de santé du travail (Andermann), Faculté de médecine, Université McGill, Montréal, Qué.; Département de médecine familiale (Salvalaggio), Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton, Alta.; Centre de médecine Besroul pour l'avancement de la médecine de famille à l'échelle mondiale (Ponka), Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga, Ont.; Département de médecine familiale et communautaire (Bloch), Hôpital St. Michael; Département de médecine familiale et communautaire (Bloch), Faculté de médecine, Université de Toronto; Inner City Health Associates (Bloch, Bond, Hwang, Goel), Toronto, Ont.; Département de médecine familiale (Brcic), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; Départements de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie et de médecine préventive et santé publique (Agbata), Faculté de médecine, Université autonome de Barcelone; Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Thavorn); École d'épidémiologie et de santé publique (Thavorn), Université d'Ottawa; Institut de recherche Bruyère (Mathew), Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale et communautaire (Bond, Goel), Université de Toronto, Toronto, Ont.; Faculté de médecine (Crouse), Université Memorial, St. John's, T.-N.; Département de médecine familiale (Crouse), Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; Faculté de médecine (Wang, Kaur, Hashmi), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale (Mott), Université McGill, Montréal, Qué.; Département des méthodes, des données et de l'impact de la recherche en santé (Piggott, Guenter), Université McMaster, Hamilton, Ont.; scientifique en résidence (Arya), Université Wilfrid Laurier, Waterloo, Ont.; Département de médecine familiale (Arya), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Centre des dépendances et de santé mentale (Kozloff, Stergiopoulos); Département de psychiatrie et Institut des politiques de la gestion et de l'évaluation de la santé (Kozloff), Université de Toronto; Département de psychiatrie (Beder), Université de Toronto et Hôpital St. Michael, Toronto, Ont.; Département de médecine familiale (Guenter), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Inner City Health (Muckle), Ottawa, Ont.; Centre MAP de solutions en santé urbaine (Hwang), Hôpital St. Michael, Toronto, Ont.; Département de médecine (Tugwell), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.

Collaborateurs : Kevin Pottie, Claire Kendall, Peter Tugwell, Tim Aubry, Vicky Stergiopoulos, Olivia Magwood, Anne Andermann, Ginetta Salvalaggio, David Ponka, Gary Bloch, Vanessa Brcic et Eric Agbata ont substantiellement contribué à l'élaboration et aux modèles de l'étude. Kednapa Thavorn a dirigé l'analyse médico-économique. Andrew Bond, Susan Crouse, Ritika Goel, Dale Gunter, Terry Hannigan et Wendy Muckle ont dirigé le Sommet sur la santé des sans-abri. Esther Shoemaker a dirigé le processus de consensus Delphi. Olivia Magwood a dirigé les revues concernant le vécu et la toxicomanie. Tim Aubry a dirigé la revue sur le logement. Gary Bloch et Vanessa Brcic ont dirigé la revue sur le revenu. David Ponka et Eric Agbata ont dirigé la revue sur la gestion de cas. Jean Zhuo Jing Wang et Sebastian Mott ont dirigé la revue sur les jeunes sans-abri. Harneel Kaur a dirigé la revue sur les migrants sans-abri. Christine Mathew et Anne Andermann ont dirigé la revue sur les femmes en situation d'itinérance. Syeda Shanza Hashmi et Ammar Saad ont dirigé la revue sur l'engagement et la compétence des étudiants en médecine. Thomas Piggott a codirigé l'évaluation selon la classification GRADE avec Olivia Magwood, Kevin Pottie, Michaela Beder et Nicole Kozloff ont contribué substantiellement à la revue sur la toxicomanie, et Neil Arya et Stephen Hwang ont fourni l'information cruciale sur les politiques. Tous les auteurs cités qui ont participé à la rédaction et à la révision ont donné leur approbation finale pour la version de la ligne directrice devant être publiée et assumé l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Financement : Ces lignes directrices ont bénéficié d'une subvention de Inner City Health Associates dont l'octroi se base sur la révision par les pairs, et de subventions additionnelles versées par l'Agence de la santé publique du Canada, Emploi et développement social Canada, l'Association médicale canadienne et le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain. Le personnel des agences collaboratrices a formulé des commentaires non contraignants durant la préparation des revues systématiques et l'élaboration des lignes directrices. Les agences subventionnaires n'ont exercé aucun rôle dans la conception ou la réalisation de l'étude, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ou la préparation, la révision et l'approbation finale de ces lignes directrices. Les décisions finales concernant le protocole et les enjeux soulevés durant le processus d'élaboration des lignes directrices sont l'entière responsabilité du comité directeur pour les lignes directrices.

Remerciements : Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ces lignes directrices, y compris les experts communautaires, les responsables de l'équipe technique, les membres du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices et les membres des groupes de travail.

Appuis : Association médicale canadienne, Agence de la santé publique du Canada, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Médecins de santé publique du Canada, Association canadienne des médecins d'urgence, Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Avis de non-responsabilité : Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles des agences subventionnaires.

Correspondance : Kevin Pottie, kpottie@uottawa.ca