

Université de Montréal

Utilisation des services par les personnes itinérantes  
atteintes de troubles mentaux.

Par  
Jean-Pierre Bonin

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en santé publique  
option promotion de la santé

décembre.2001

© Jean-Pierre Bonin, 2001



W  
5  
U58  
2002  
N.C.12



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :  
Utilisation des services par les personnes itinérantes  
atteintes de troubles mentaux.

Présentée par :  
Jean-Pierre Bonin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Reynald Pineault  
Président-rapporteur

Louise Fournier  
directeur de recherche

Régis Blais  
codirecteur de recherche

Alain Lesage  
membre du jury

Jean Toupin  
examineur externe

  
*Représentant du jury de la FES  
Thèse acceptée le 28 mai 2002*

## Résumé

Les écrits indiquent que l'on connaît très peu les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, qu'elles constituent une population hétérogène et que les recherches précédentes se sont souvent limitées à décrire ces personnes, sans effectuer les liens nécessaires entre les données à l'aide d'un modèle théorique. La présente recherche utilise le modèle de Pescosolido (1991, 1992) et a pour buts: 1) de décrire les caractéristiques des itinérants atteints de troubles mentaux quant au contenu social, à la «carrière en tant que malade», au système de soutien social, à la nature du traitement formel et à l'utilisation des services professionnels; 2) d'identifier les variables les plus susceptibles d'être associées avec l'utilisation des services de santé mentale chez les itinérants atteints de troubles mentaux et 3) de proposer une typologie des utilisateurs de services de santé mentale chez les itinérants atteints de troubles mentaux. Elle utilise des données de l'enquête sur la santé des itinérants dirigée par Fournier (2001), portant sur l'ensemble de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes dans la région de Montréal-centre et de la communauté urbaine de Québec (N=757). Les personnes incluses dans l'étude ont souffert de troubles dépressifs, bipolaires ou psychotiques au cours de leur vie.

Dans le premier volet, il ressort que près de 60% de la population itinérante a souffert de troubles mentaux graves au cours de sa vie. De ceux-ci, 75% ont souffert de troubles affectifs, le tiers ont présenté des troubles de personnalité antisociale et 43% ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Bien que plus de 70% de la population à l'étude ait souffert de troubles mentaux graves au cours de la dernière année, seulement 44% a reçu des services professionnels au cours de cette période. L'on constate aussi que ces personnes ont généralement un réseau social très limité.

Dans un deuxième volet, des analyses de régression logistique ont été réalisées afin d'identifier les facteurs reliés à l'utilisation des services au cours des 12 derniers mois par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux au

cours de la dernière année. Il ressort de ces analyses que chez ces personnes, l'utilisation de services en santé mentale est reliée : au fait d'être une femme, d'être plus jeune, de ne jamais avoir été sans domicile fixe, à la présence de problèmes d'alcool au cours de la vie ou de troubles de personnalité antisociale actuellement, au fait d'avoir déjà été hospitalisé en psychiatrie et à une taille de réseau plus grande.

Un troisième volet utilise des analyses d'agrégats afin d'identifier une typologie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Six types d'itinérants ont été précisés : 1) un groupe de femmes, atteintes de troubles affectifs ;2) un groupe d'hommes atteints de schizophrénie ;3) les ex-dépressifs et ex-alcooliques; 4) ceux avec des troubles dépressifs actuels; 5) ceux présentant de la comorbidité et 6) les ex-itinérants.

Ces données offrent des pistes pour l'intervention auprès d'une population qui éprouve de la difficulté à recevoir des services de santé et ouvre la voie à des recherches plus poussées utilisant un modèle d'utilisation des services.

Mots-clé : itinérants, sans-abri, troubles mentaux, utilisation des services, analyses d'agrégats, régression logistique, modèle d'utilisation des services

## Summary

The literature indicates that we know very little about the homeless mentally ill, save that they constitute a heterogeneous population, and that past studies were often limited to descriptive research without the aid of a conceptual framework. Our research, which used Pescosolido's model (1991, 1992), aimed to: 1) describe the characteristics of the homeless mentally ill (social content, "illness career", social support, types of formal treatment, and use of the professional services); 2) identify the variables most likely to influence mental health services utilization; and 3) elaborate a typology of mental health services users within the homeless mentally ill population. This study used data from a health survey of the homeless carried-out by Fournier (2001), in the area of Montreal-centre urban area and the Quebec urban community (N=757). Subjects included in the study have suffered from depression, bipolar disorders or psychosis during their lifetime.

The results indicate that as many as 60% of this homeless population suffered from a major mental illness at one point in time during their lifetime. Within this group, emotional disorders were diagnosed in 75%, one third presented antisocial personality disorders, and 43% had attempted suicide during their lifetime. Although more than 70% of the population suffered from major mental disorders during last year, only 44% of them received professional health services during this same period. Results also indicate that these mentally ill homeless people generally have a very limited social support network.

In the second part of the study, logistic regression analyses were run in order to identify factors associated to mental health service utilization during the previous 12 months by homeless presenting mental disorders within this same period. The results show that such service utilization was associated with being younger, a woman or without fixed abode, with presenting lifetime alcohol problems or current antisocial personality disorders, or with having been an inpatient and with being part of a larger network.

A third part of the study used cluster analysis to elaborate a typology of the homeless mentally ill. Six types were identified: 1) women with emotional disorders; 2) men with schizophrenia; 3) ex-depressive and ex-alcoholics; 4) those with current depressive disorders; 5) those presenting comorbidity; and 6) ex-homeless. These results suggest the direction of future interventions for this underserved population, and indicate the need for additional studies using a utilisation model.

Key words: homeless people, mental disorders, service utilization, cluster analysis, logistic regression, utilization model

## Table des matières

Résumé.....	iii
Summary.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Dédicace.....	xii
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1 : Introduction.....	1
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	6
Définition de l'itinérance.....	7
Nombre d'itinérants.....	10
Description des itinérants.....	11
Troubles mentaux graves et itinérance.....	13
Soutien social.....	16
Utilisation des services.....	18
Typologies des itinérants.....	25
Modèle utilisé pour l'étude.....	31
Bilan critique des écrits.....	37
Chapitre 3 : Méthode.....	41
Méthode de l'enquête principale.....	42
Échantillon.....	42
Plan de sondage des personnes.....	43
Pondération.....	43
Procédure d'enquête.....	44
Échantillon de la présente recherche.....	45

Définitions opérationnelles des variables étudiées .....	48
Variable dépendante: l'utilisation des services en santé mentale.....	48
Variables indépendantes .....	49
Instruments .....	52
Utilisation des services .....	52
Caractéristiques sociodémographiques et instabilité résidentielle.....	53
Santé mentale .....	53
Troubles reliés à l'usage de substances.....	54
Soutien social .....	55
Analyses.....	56
Considérations éthiques.....	60
Chapitre 4 : Résultats.....	61
Données descriptives.....	62
Données sociodémographiques et caractéristiques de la maladie.....	62
«Carrière en tant que malade».....	66
Réseau de soutien social .....	70
Utilisation des services .....	73
Analyse de régression logistique.....	77
Analyses d'agrégats .....	82
Chapitre 5 : Discussion.....	91
Limites.....	92
Échantillon .....	92
Instruments.....	94
Modèle.....	96
Utilisation des services .....	98
Discussion des résultats descriptifs.....	99
Variables sociodémographiques.....	99
Troubles mentaux .....	101
Histoire de la maladie et utilisation des services .....	104

Assiduité à la médication.....	107
Soutien social .....	108
Discussion des résultats de l'analyse de régression.....	109
Discussion des résultats de l'analyse d'agrégats.....	112
Facteurs associés à l'utilisation de services en santé mentale .....	115
Les femmes .....	115
Les jeunes.....	117
Troubles reliés à l'abus de substances.....	119
Troubles de personnalité antisociale .....	120
Soutien social .....	121
Hospitalisations antérieures .....	122
Situation domiciliaire .....	123
Implications des résultats pour l'intervention .....	124
Implications des résultats pour la recherche.....	133
Conclusion .....	135
Références.....	139
Annexes .....	xiv

## Liste des tableaux

Tableau 1. Genre, âge, statut matrimonial et niveau de scolarité des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux .....	53
Tableau 2. Troubles mentaux .....	64
Tableau 3. Variables reliées aux idées et tentatives de suicide .....	65
Tableau 4. Troubles liés à l'usage d'une substance .....	65
Tableau 5. Variables reliées à l'itinérance .....	66
Tableau 6. Variables reliées à l'histoire des troubles mentaux .....	68
Tableau 7. Accord avec le traitement et congé d'hospitalisation .....	69
Tableau 8. Variables reliées à la prise de médicaments psychiatriques .....	69
Tableau 9. Caractéristiques de la prise de médicaments psychiatriques au cours de la dernière année .....	69
Tableau 10. Nombre moyen de personnes offrant du soutien social .....	71
Tableau 11. Nombre de personnes du réseau de soutien selon le type de lien .....	71
Tableau 12. Nombre moyen de personnes offrant du soutien social selon les fonctions .....	72
Tableau 13. Utilisation des services au cours de la dernière année .....	73
Tableau 14. Consultation à vie de professionnels .....	76
Tableau 15. Raisons données pour ne pas avoir reçu de services .....	77
Tableau 16. Corrélation de Pearson entre les variables d'utilisation de services au cours de la dernière année .....	78
Tableau 17. Description des variables incluses dans l'analyse de régression logistique .....	79
Tableau 18. Résultats des analyses de régression logistique hiérarchiques de l'utilisation de services au cours de la dernière année sur les variables du modèle .....	81
Tableau 19. Description des agrégats .....	84
Tableau 20. Description de la récurrence des troubles mentaux, de ceux liés à la drogue et de l'utilisation de divers services en fonction des agrégats.....	85

## Liste des figures

Figure 1. Le Modèle Épisode-Réseau (Pescosolido, 1991).....	33
Figure 2. Description des variables à l'étude.....	36
Figure 3. Résumé des « carrières en tant que malade ».....	75

À Diane, ma compagne de vie,  
et à mon fils Vincent,

### **Remerciements**

Cette thèse n'aurait pu être menée à bien sans le concours des clients qui, malgré leurs difficultés, ont accepté de participer à cette étude. Un merci tout à fait spécial à ma directrice, Louise Fournier, pour son soutien, sa disponibilité, sa complicité et son dévouement tout au long de ce projet. Je remercie aussi mon codirecteur, Régis Blais, pour son dévouement et ses échanges stimulants au cours de la rédaction de la thèse. J'aimerais aussi remercier l'équipe de recherche de Louise Fournier, à commencer par Micheline Ostoj, mais sans oublier Brigitte Simard et Nathalie Plante qui ont été d'un précieux conseil. Mentionnons aussi Gilles Lavoie qui m'a aidé à réaliser les analyses dans SAS, à un moment où je ne m'y comprenais plus.

J'aimerais aussi remercier sincèrement ma famille dont le soutien a permis la réalisation de ce projet. Merci donc à Diane et Vincent pour leur patience au cours de ces longues heures, voire ces années, de travail.

**Chapitre 1**  
**Introduction**

"Trente ans plus tard, pour les personnes atteintes de troubles mentaux(...), le risque est beaucoup plus grand d'être enfermé dans l'itinérance que dans l'institution psychiatrique" (Simard, 2000)

Dans le passé, la désinstitutionnalisation, jumelée à l'insuffisance de programmes communautaires adéquats, a été vue comme contribuant au nombre élevé de personnes atteintes de troubles mentaux<sup>1</sup> chez les itinérants<sup>2</sup> (Bachrach, 1984, 1988 ; Dorvil, Guttman, Ricard & Villeneuve, 1997; Lamb, 1993). Or, le gouvernement du Québec a entrepris ces dernières années une réforme du système de soins en santé mentale qui a été perçue comme faisant partie de la troisième vague de désinstitutionnalisation (Dorvil et al., 1997). Cette réforme privilégie les interventions dans la communauté, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, tout en visant à réduire de moitié le nombre de lits en psychiatrie et à ramener à deux semaines la durée des hospitalisations de courte durée (MSSS, 1997, MSSS, 1998). Un des effets néfastes de cette réforme réside dans le fait que plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux pourraient devenir sans abri faute d'avoir accès à des services adaptés à leur état. Dans le cadre de

---

<sup>1</sup> Cette étude fait une distinction entre les expressions «troubles mentaux» et les «troubles mentaux graves et persistants». En effet, si la première peut varier selon les études, la seconde implique, tel que discuté par Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi et Tansella (2000), des notions de psychose, de dysfonctionnement et de durée n'ayant pas été mesurées systématiquement dans la présente recherche. Cette dernière expression ne sera utilisée que pour les écrits l'ayant adoptée. Cette étude porte, tel que précisé dans la méthode, sur les personnes atteintes de troubles schizophréniques, psychotiques et affectifs, et la première expression sera utilisée à cet effet.

<sup>2</sup> Tel que discuté plus loin, l'étude adopte le terme itinérant tel que défini dans l'étude de Fournier et Chevalier (1998), soit l'ensemble de la clientèle des ressources reconnues comme accueillant des personnes itinérantes. Cette définition inclut une forte proportion de personnes sans abri ou sans domicile fixe, mais aussi des personnes domiciliées qui peuvent être considérées comme ayant un statut socio-économique et domiciliaire précaire.

cette nouvelle réforme, comment traitera-t-on les itinérants souffrant de troubles psychiatriques?

La situation des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux représente un problème complexe, l'itinérance pouvant être vue sous plusieurs angles : démographique, économique, social ou sanitaire. Ce que nous en savons tient à des recherches le plus souvent descriptives, où l'on cherche à connaître le nombre d'itinérants, qui ils sont et de quels services ils ont besoin (Jones, Levine, et Rosenberg, 1991). Il ressort de ces recherches que les itinérants constituent une population hétérogène (Arce et Vergare, 1984; Belcher, 1989), en croissance, et que les causes d'itinérance sont multiples : inflation, non-emploi, diminution des programmes d'aide sociale, gentrification, désinstitutionnalisation et manque de services communautaires (Arce et Vergare, 1984). On constate également des problèmes à identifier les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, à les dénombrier et à les classifier; ceci augmente les difficultés du système de santé mentale à planifier des programmes variés et adéquats (Bachrach, 1988). De plus, on note chez ces personnes plusieurs problèmes: comorbidité (Fischer et Breakey, 1991), pauvreté (Cohen, 1993), désaffiliation (Fischer, Colson, & Susser, 1996), difficulté d'obtenir des services adaptés à leurs besoins qui diffèrent de ceux des autres itinérants (Crystal, Ladner, et Towber, 1986), notamment à cause de leurs incapacités multiples et complexes (Bachrach, 1985).

On constate aussi que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux cherchent moins d'aide ou n'obtiennent pas de services de santé mentale. D'une part, elles sont méfiantes face à l'autorité et aux services (Breakey, 1992) et les troubles mentaux sont souvent compliqués par de la colère, du ressentiment et de l'aliénation engendrés par l'extrême pauvreté et l'isolement (Chafetz, 1990). D'autre part, les cliniciens deviennent sceptiques face aux possibilités de changer la situation des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ils trouvent souvent la situation de

ces derniers misérable et se retirent défensivement en ne portant attention qu'aux conditions cliniques, qu'ils trouvent plus tolérables ou acceptables que la situation de vie globale dans laquelle se trouve la personne itinérante atteinte de troubles mentaux (Lamb, 1992).

Plusieurs facteurs jouent donc un rôle important dans l'utilisation des services de santé mentale par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Pourtant, peu de recherches ont tenté d'identifier ces facteurs. Il a été suggéré, pour mieux comprendre l'utilisation des services par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, de considérer les niveaux macro (système de santé, société, politiques) et les niveaux micro (variables individuelles) (Jones, Levine et Rosenberg, 1991; Cohen et Thompson, 1992). À cet effet, Milburn et Watts (1986) considèrent que la faiblesse des recherches auprès des personnes itinérantes réside dans l'absence de cadre de référence pour organiser les variables. La présente recherche se propose de pallier cette limite en utilisant le modèle de Pescosolido (1991, 1992, 1996, 1998) pour mieux comprendre l'utilisation des services en santé mentale des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ce modèle suggère une approche de carrière qui permet de tenir compte des événements de façon dynamique en respectant les séquences et les multiples options disponibles. De plus, les stratégies d'action sont conceptualisées comme émergeant d'un processus affectif et rationnel lié au contexte social, plutôt qu'au propre choix individuel.

La présente étude s'est greffée à une vaste enquête<sup>1</sup>, menée à Montréal et à Québec par Louise Fournier (2001) pour l'Institut de la statistique du Québec, portant sur la santé et les conditions de vie des personnes itinérantes (N=757). À partir de cette base de données, les variables ont été choisies et organisées à l'aide du modèle de

---

<sup>1</sup> Afin de ne pas alourdir le texte, lors de toutes références à cette enquête, l'appellation « enquête principale » est utilisée. Cependant, les chapitres d'où sont tirés des éléments du rapport de cette enquête sont identifiés.

Pescosolido (1991, 1992, 1996, 1998) afin, dans un premier temps, d'identifier les facteurs qui influencent l'utilisation de services en santé mentale par des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Puis, ces facteurs sont utilisés pour constituer une typologie de ces personnes en tenant compte de leur utilisation des services. Une telle étude devrait permettre de mieux connaître les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux de même que leur utilisation de services. Il sera ainsi possible aux dispensateurs de soins d'offrir aux personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux des services mieux adaptés et qui tiennent compte de la complexité de leur problème.

**Chapitre 2**  
**Recension des écrits**

Ce chapitre résume les principales recherches réalisées auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et plus particulièrement celles s'intéressant aux variables incluses dans le modèle de Pescosolido (1991, 1992). Nous verrons d'abord les problèmes concernant la définition de l'itinérance et le nombre de personnes itinérantes afin de comprendre la complexité de certains choix théoriques et méthodologiques, de même que l'étendue du problème. Par la suite, nous aborderons des thèmes importants comme les troubles mentaux des personnes itinérantes, leur réseau social et leur utilisation des services. Enfin, nous décrirons le modèle de Pescosolido, qui regroupe ces concepts pour expliquer l'utilisation des services.

Il est à noter qu'au cours de cette recension d'écrits, plusieurs résultats de recherches menées aux Etats-Unis seront présentés. Ces résultats doivent, et seront, interprétés avec prudence, étant donné les différences de population, de méthodes et de définitions. Ces résultats servent plutôt, soit à donner un ordre de grandeur, soit à rapporter des facteurs qui peuvent être significatifs aussi dans la présente étude ou, enfin à décrire des typologies d'itinérants ayant été identifiés dans d'autres contextes, mais qui peuvent se révéler semblables dans la présente étude.

### **Définition de l'itinérance**

Un des problèmes des recherches portant sur les personnes itinérantes réside dans l'absence d'une définition d'« itinérant » qui puisse recueillir la faveur de tous ceux qui utilisent ce terme (McNaught & Bhugra, 1996). Le manque de définition commune nuit à la recherche sur l'itinérance, puisque la comparaison entre les études et l'extrapolation à d'autres sites se trouvent considérablement limitées (Bachrach, 1984). Ce problème reflète, selon Bachrach (1992), une difficulté, ou peut-être quelquefois un manque de volonté de la part des chercheurs

à se questionner sur leur sujet d'étude. Ainsi, non seulement n'y a-t-il pas de définition acceptée par tous, mais, sauf quelques rares exceptions, la plupart des auteurs ne se seraient pas préoccupés de définir l'itinérance pour leur propre projet.

Les définitions diffèrent selon l'usage qu'on en fait, selon qu'il s'agit d'offre de services ou de recherche scientifique. En effet, les définitions des gouvernements, qui ont à fournir des services à ces personnes, seraient différentes de celles des groupes populaires qui militent dans le but d'obtenir des services pour les itinérants (Toro & Warren, 1999). Ainsi, à Montréal, la définition des intervenants du milieu serait plus large et incluerait autant les chambreurs qui fréquentent une soupe populaire que les personnes sans domicile fixe qui cherchent un gîte pour la nuit (Fournier, 1991).

Certaines définitions reposent sur la notion de mauvaise volonté, laquelle serait incluse ou non selon le bon vouloir des autorités locales. Par exemple, en 1948, on décrivait les itinérants comme "des personnes qui n'avaient pas de toit et qui ne s'étaient pas volontairement placées dans cette condition" (McNaught & Bhugra, 1996). Par ailleurs, en période de restriction des services, on serait plus porté à s'occuper des familles, et moins des individus itinérants. O'Reilly-Flemming (1993) considère que ces définitions ne visent qu'à exclure de façon arbitraire des personnes alors qu'on devrait plutôt chercher une définition centrée sur la personne. Ainsi, la seule personne qui serait vraiment en mesure de statuer sur sa condition d'itinérance, serait l'individu lui-même, qui peut juger en fonction de ses propres critères. De plus, cet auteur considère qu'il ne faut pas attendre d'obtenir un consensus sur la définition pour agir auprès des personnes qui ont des besoins pressants, tel le VIH.

Pour ce qui est de la recherche, les définitions sont plus souvent descriptives qu'opérationnelles (Bachrach, 1984). Dans une revue des écrits,

Milburn et Watts (1986) soulignent que seulement 63% des études présentent une définition opérationnelle de la population utilisée pour leur recherche. Selon Toro et Warren (1999), il existe deux points de discussion quant aux définitions de l'itinérance: la nature de l'endroit de vie et la durée de cette condition. Ainsi, selon les études, certains endroits sont inclus ou non dans la définition de l'itinérance. À cet effet, une définition souvent citée est celle formulée par le Stewart B. McKinney Homeless Act qui stipule qu'une personne est considérée itinérante si elle:

"lacks a fixed, regular, and adequate night-time residence and; has a primary night time residency that is:(A) a supervised or publicly or privately operated shelter designed to provide temporary living accommodations...(B) an institution that provides a temporary residence for individuals intended to be institutionalized, or (C) a public or private place not designed for human beings." The term "homeless individual" does not include any individual imprisoned or otherwise detained pursuant to an Act of Congress or a state law" (Jahiel, 1992)

Cependant, combien de temps doit-on être dans cette condition, une nuit, trois, trente ou quatre-vingt-dix? Rossi, Wright, Fisher et Willis (1987) considèrent qu'entre la personne tout à fait résidente et celle tout à fait itinérante, il y a un continuum et que toute tentative de créer une ligne de démarcation entre les itinérants et les non-itinérants ne peut être qu'arbitraire. Il résulte donc de toutes ces études que l'on n'a pas vraiment une définition de l'itinérance qui fait consensus.

La présente étude adopte le terme itinérant tel que défini dans l'étude de Fournier et Chevalier (1998), soit l'ensemble de la clientèle des ressources reconnues comme accueillant des personnes itinérantes. Cette définition inclut une forte proportion de personnes sans abri ou sans domicile fixe, mais aussi des personnes domiciliées qui peuvent être considérées comme ayant un statut socio-

économique et domiciliaire précaire. Bon nombre de ces domiciliées ont déjà été sans domicile fixe. Être sans domicile fixe se définit par son contraire :

« Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents, La personne qui a un domicile fixe a la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner. » (Fournier & Chevalier, 1998)

Les personnes étaient sans domicile fixe si elles n'avaient pas ce type d'endroit au moment de l'entrevue, sans égard à la durée de cet état.

### **Nombre d'itinérants**

Le nombre exact d'itinérants est toujours difficile à mesurer de façon certaine; Snyder (1984, voir Fischer, Colson et Susser, 1996) considère que c'est comme tenter de compter les grains de sable sur une plage pendant que la marée monte ou descend. Selon une recension d'études de Fournier (1996), le nombre d'itinérants dans une ville donnée varie du simple au triple, selon les études, et ne serait pas proportionnel au nombre d'habitants. Selon Jahiel (1992), la difficulté de bien compter le nombre de personnes itinérantes repose sur deux problèmes précis: le manque d'accord sur la définition d'une personne itinérante, tel qu'il a été expliqué plus haut, et les obstacles à franchir pour compter les itinérants. Ainsi, Morrison (1989), dans une étude américaine souvent rapportée, a comparé les proportions de personnes itinérantes obtenues en utilisant des définitions différentes, parmi un échantillon de 100 sujets souffrant de troubles mentaux. Selon qu'on utilisait la définition de Lipton (1988)-- 90 jours sans domicile fixe-- ou celle de Gelberg, Linn et Leake (1988)-- sans domicile fixe au cours de la dernière nuit-- on obtenait respectivement 22% et 57% de personnes considérées comme itinérantes. Aussi, Fournier et al. (1998) montraient récemment que, lorsque la même méthodologie était utilisée d'une ville à l'autre, le nombre d'itinérants apparaissait proportionnel au nombre d'habitants.

Au Québec, Fournier et al. (1998) ont utilisé une méthode de dénombrement basée sur une année et une hiérarchie des centres consultés afin que toute personne s'étant présentée au moins une fois dans un centre de services aux itinérants soit susceptible d'être comptée tout en évitant de les compter à plus d'une reprise. Cette recherche estime à 28 000 le nombre annuel de clients que reçoivent l'ensemble des ressources pour personnes itinérantes à Montréal. De ce nombre, 17 000 auraient été sans abri au cours de leur vie et 12 666 l'auraient été au cours de la dernière année. À Québec, on dénombre 11 295 clients dans l'ensemble des ressources, dont 5 425 auraient été itinérants au cours de la vie et 3 589 au cours de l'année. Il appert donc que le phénomène de l'itinérance est difficile à mesurer avec précision, mais que le nombre élevé de personnes vivant cette situation justifie les études menées auprès de cette population.

### **Description des itinérants**

La description des caractéristiques de cette population présente aussi des embûches, puisqu'elle change au gré du climat social et économique. Si quelques chercheurs croyaient que le nombre d'itinérants baisserait au cours des années 1970 (Bahr & Caplow, 1974; Bogue, 1963), les années 1980 ont démontré le contraire. En effet, on a vu apparaître, au début des années 1980 aux États-Unis, plus d'individus sans abri que jamais auparavant, ceux qu'on a appelé les nouveaux itinérants (Rossi, 1990). Aussi, Rossi estime entre 250 000 et 300 000 le nombre de ces nouveaux itinérants aux États-Unis. Selon Fischer, Colson et Susser (1996), s'il y avait à une époque un itinérant type, alcoolique, confiné dans un "skid row", la population itinérante d'aujourd'hui défie toute catégorisation. En effet, les premières études identifiaient les itinérants comme des hommes célibataires d'un certain âge et ce, autant en Amérique qu'en Europe. Rossi (1990) considère que cinq points distinguent les "anciens" itinérants des "nouveaux": 1) plus de personnes qu'auparavant dorment dans la rue ou d'autres endroits (ex.: hall d'entrée d'immeubles, entrées de métro), et moins dans des

refuges; la condition d'itinérant serait plus grave qu'auparavant quant au logement; 2) il y a plus de femmes itinérantes qu'avant; de 3% qu'elle était au cours des années 1950 et 1960, leur proportion serait passée à 25% en 1985 (Rossi, Fisher, & Willis, 1986) pour atteindre 30% actuellement (Toro & Warren, 1999); 3) les itinérants d'aujourd'hui seraient beaucoup plus jeunes; il y aurait peu de personnes âgées présentement chez les itinérants et l'âge médian serait de 37 ans, comparativement à 50 ans dans l'étude de Bogue (1963); 4) alors qu'en 1963 (Bogue, 1963) environ la moitié des personnes itinérantes travaillaient, soit à temps plein (28%) ou de façon temporaire ou intermittente, seuls 3% des itinérants d'aujourd'hui travailleraient à plein temps, et 39% auraient travaillé un peu au cours du mois précédent; 5) il y aurait maintenant plus d'itinérants chez les minorités ethniques, alors qu'avant, entre 70% et 82% étaient blancs. Dans l'étude de Toro et Warren (1999), 64% des personnes itinérantes de l'échantillon avaient déjà vécu des expériences antérieures d'itinérance, mais les auteurs estiment que parmi les autres, plusieurs ne vivront qu'une seule courte période d'itinérance, sans récidence. Enfin, Bates et Toro (1999) considèrent que la population des itinérants est maintenant très hétérogène et que les services et les ressources requis varient considérablement.

Au Québec, un recensement basé sur une période d'un an mené par Fournier et Chevalier (1998) montre que la clientèle des centres offrant des services aux personnes itinérantes est composée de 77 % d'hommes à Montréal et 63% à Québec. Plus précisément, dans les centres d'hébergement, la proportion est de 74% à Montréal et 78% à Québec. La moyenne d'âge totale est de 37 ans à Montréal et de 35 ans à Québec. La répartition selon les groupes d'âge indique que les moins de 18 ans sont, proportionnellement, environ deux fois plus nombreux à Québec qu'à Montréal (8% contre 4%), alors qu'on note le phénomène inverse chez les plus de 65 ans (5% à Montréal contre 2% à Québec).

L'enquête principale estime que 86% de la population journalière sont des hommes (Chevalier, 2001). Elle rapporte aussi que les groupes d'âge se distribuent plus également à Québec alors qu'à Montréal, les 30-45 ans représentent la moitié de la population à l'étude. On constate aussi dans cette enquête que la proportion de personnes nées au Canada est plus élevée parmi la population itinérante (92%) que dans la population générale (78%). À l'exception de cette dernière caractéristique, la population itinérante du Québec semble suivre les tendances observées aux États-Unis.

### **Troubles mentaux et itinérance**

Selon Toro et Warren (1999), les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves ont attiré beaucoup l'attention, même si elles ne représentent qu'entre 15% et 30% de la population itinérante totale. Le rôle de la désinstitutionnalisation dans l'accroissement du nombre de ces personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux fait l'objet de nombreux débats. Ainsi, Robertson (1986) estime que jusqu'à 42% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux auraient déjà été hospitalisées. Des auteurs tels Bachrach (1984, 1988), Lamb, (1993), et Greenblatt (1992) ont imputé la croissance de la proportion de troubles mentaux chez les itinérants à la désinstitutionnalisation aux États-Unis; on impute ce fait à un manque de financement et d'efficacité du système de soins dans la communauté. Bachrach (1992) soutient que, lorsqu'on parle de désinstitutionnalisation, il faut tenir compte non seulement de la fermeture de lits d'hôpitaux psychiatriques, comme on le fait trop souvent dans les écrits, mais aussi de différentes pratiques telles les admissions à des services externes, qui augmentent les difficultés à avoir accès à des services hospitaliers pour des troubles mentaux. Au Canada, on soutient aussi que la fermeture d'hôpitaux psychiatriques, tel le Lakeshore Hospital de Toronto, n'aurait pas été suivie de la mise en place de ressources communautaires pour les clients de ces hôpitaux, ce qui a entraîné une recrudescence de personnes atteintes de troubles mentaux parmi les itinérants (Dorvil et al., 1997; O'Reilly-Flemming, 1993).

Par contre, Toro et Warren (1999) considèrent qu'on insiste trop sur la désinstitutionnalisation pour expliquer la proportion de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Selon eux, le système de santé mentale qui a procédé à cette désinstitutionnalisation aux Etats-Unis a connu une croissance durant cette période et que, pendant ce temps, les hospitalisations en cure fermée n'ont pas diminué. Ils estiment que les hospitalisations en psychiatrie reçoivent toujours la part du lion en ce qui concerne le financement, et qu'il y a plus d'admissions dans des hôpitaux psychiatriques que jamais auparavant, bien que les durées de séjour et le nombre total de patients en une journée donnée aient diminué par rapport aux décennies précédentes. Ainsi, un simple calcul arithmétique suggère que beaucoup plus de personnes sont atteintes de troubles mentaux, ou que certaines personnes le sont très souvent. L'impact total des hospitalisations en psychiatrie devrait avoir un effet limité sur la vie des personnes atteintes, puisque les séjours plus courts ont été compensés par des séjours plus fréquents. Quoi qu'il en soit, on peut conclure, comme Morse (1992), que si la désinstitutionnalisation ne conduit pas nécessairement à l'itinérance, les délais d'accès à des services peuvent avoir contribué à provoquer ou à accélérer le processus pour plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Bien qu'il ait été noté que les personnes itinérantes présentent un taux élevé de problèmes mentaux au sens large, l'ampleur exacte de ces problèmes, tout comme celle des problèmes d'alcool et de drogue, reste controversée à cause de difficultés méthodologiques. En effet, une revue exhaustive des écrits de 1980 à 1990 (Fischer et Breakey, 1991) montre, aux Etats-Unis, des taux de troubles mentaux variant de 2% à 90% selon les méthodes. L'absence d'instruments dont les propriétés psychométriques sont démontrées et qui conviennent à la population des personnes itinérantes serait en cause. Ainsi, selon Toro et al. (1999), la proportion des troubles mentaux graves peut varier d'après la méthode utilisée. Alors qu'on obtient des proportions de 1% à 5% pour un diagnostic de schizophrénie obtenu à l'aide du DIS (*Diagnostic Interview Schedule*;

Robbins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981), on retrouve aussi des proportions variant entre 75% et 90% pour des recherches basées sur une entrevue psychiatrique non structurée ou d'autres méthodes, souvent dans un devis où l'échantillonnage est peu documenté ou non représentatif. Selon Fischer et Breakey (1991) des instruments comme le DIS ou le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III*; Spitzer, William, Gibbon & First; 1988) sont parmi les instruments les plus précis, mais peuvent demander une formation considérable aux interviewers. Cependant, cette caractéristique s'applique surtout pour le SCID, qui demande un jugement clinique, alors que le DIS n'exige qu'une formation d'environ une semaine pour s'assurer que l'interviewer connaisse bien la structure de l'instrument.

À l'aide d'une technique de méta-analyse, Lehman et Cordray (1993) ont combiné les prévalences des études antérieures et arrivent à réduire l'écart entre les estimations; ainsi, 47% à 50% des itinérants auraient un trouble mental quelconque, c.-à-d. des troubles de l'axe I incluant les troubles d'abus de substances. À la revue de plusieurs études, Fischer, Colson et Susser (1996) en arrivent à la conclusion qu'un certain consensus se dégage tout de même selon lequel environ 35% des hommes et 48% des femmes sans abri auraient un trouble mental majeur, tels la schizophrénie ou les troubles affectifs majeurs. Au Canada, une étude récente réalisée à Calgary (Stuart & Arboleda-Florez, 2000) indique qu'un tiers d'un échantillon de personnes itinérantes utilisant un refuge (n=250) rapportaient une symptomatologie significative, soit plus de quatre symptômes psychiatriques. Plus des trois-quarts des personnes rapportaient au moins un symptôme psychiatrique. À Toronto, une étude révèle que 31% d'utilisateurs de refuges (n=300) répondent aux critères de maladie mentale actuelle et 86% ont présenté un trouble mental de l'axe I au cours de leur vie (Tolomiczenko & Goering, 1998).

Au Québec, Fournier (1991) estimait à 43% la proportion d'itinérants de Montréal ayant eu un trouble mental au cours de leur vie, dont 9% une schizophrénie, 4% un trouble bipolaire et 25% une dépression majeure ou une dysthymie. L'enquête principale (Fournier, 2001) identifie que 61% de la population à l'étude aurait souffert de troubles de l'axe I non liés à l'usage de substances, soit 14% de troubles schizophréniques et psychotiques, et 47% de troubles affectifs. Il ressort de ces recherches que, bien que la proportion de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux varie selon les études, on compte un taux de troubles mentaux qui est toujours très élevé.

### **Soutien social**

Le soutien social joue un rôle important sur la santé. Ainsi, la présence et la qualité des liens que quelqu'un entretient avec les autres sont reliées à une meilleure santé, à un plus grand bien-être et, à des niveaux moindres, à la dépression et à d'autres symptômes psychologiques (Cohen et Wills, 1985). Cependant, le mécanisme d'action du soutien social n'est pas toujours clair : s'agit-il d'un effet direct du soutien social sur la santé ou d'un effet modérateur ou indirect? Selon Thoits (1995), il ressort trois grandes conclusions des différents écrits sur le sujet: 1) les mesures d'intégration sociale sont directement et positivement reliées à la santé mentale et physique; 2) le soutien émotif perçu est non seulement aussi relié à la santé physique et mentale, mais modère ou module généralement les effets du stress; 3) la disponibilité d'un confident, soit la mesure de soutien social la plus simple, réduit significativement les effets du stress sur la santé mentale et physique. Les effets négatifs du soutien social joueraient aussi un rôle important; ainsi, le fait de vivre des conflits avec des personnes du réseau de soutien serait un prédicteur puissant d'effets négatifs sur la santé (Ricard & Fortin, 1993; Ricard, Fortin, & Bonin, 1995).

Plusieurs auteurs ont considéré l'isolement social comme un thème central dans l'itinérance. D'ailleurs, la désaffiliation est souvent considérée comme une partie intégrante de la définition de l'itinérance (Fischer et Breaky, 1985). Ainsi, les itinérants n'auraient généralement pas assez de liens sociaux pour combler leurs besoins (Bassuk, Rubin et Lauriat, 1986; Morse et Calsyn, 1985; Solarz et Bogat, 1990). Déjà, il y a plus de 25 ans, Barh et Caplow (1973) suggéraient que la désaffiliation sociale, soit un problème de relation entre les personnes itinérantes et la société, serait un des facteurs explicatifs de l'itinérance et que ce facteur s'appliquerait à tous les itinérants. La désaffiliation sociale peut être le résultat : 1) de changements externes, comme une crise économique ; 2) de l'adoption par l'individu d'un rôle déviant tel l'alcoolisme, qui conduit à un rejet par la société ou 3) d'une non socialisation provenant d'un isolement constant au cours de la vie, comme on le retrouve dans les troubles mentaux chroniques. Elle peut aussi être le résultat de problèmes d'abus dans l'enfance ou de déficits parentaux. Cependant, quelques chercheurs contestent cette perception de la désaffiliation. Ainsi, La Gory, Ritchey et Fitzpatrick (1991) ont trouvé que 90% des itinérants de leur étude (N=150) avaient un soutien social qui répondait à leurs besoins d'affiliation, mais non à leurs besoins matériels. De même, Goodman (1991) rapporte que les femmes itinérantes dans son étude avaient autant de personnes dans leur réseau social et des contacts aussi fréquents que les femmes pauvres non itinérantes. Lovell (1997) estime que les personnes itinérantes ont en moyenne 11 personnes dans leur réseau de soutien.

Le soutien social peut être relié à l'itinérance de plusieurs façons. D'une part, les membres du réseau social peuvent apporter une aide au logement ou un soutien émotif. D'autre part, ils peuvent précipiter l'itinérance, par exemple en rendant la vie familiale intenable à la personne ayant des problèmes. Par ailleurs, Schutt, Meschede et Rierdan (1994) considèrent que le rôle du soutien social face à la détresse psychologique et aux idées suicidaires chez les itinérants est le même que dans la population en général.

Cependant, Calsyn et Morse (1992) estiment que le soutien social est un prédicteur significatif de symptômes psychiatriques chez les itinérants. Il ressort donc de ces études que l'on connaît mal le rôle du soutien social, particulièrement chez les itinérants. Si plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le soutien social et l'itinérance sont interreliés, la nature et la direction du lien ne sont pas claires.

### **Utilisation des services**

#### *Définition*

Selon Hulka et Wheat (1985), il n'y a pas de mesure standardisée de l'utilisation des services. La définition de l'utilisation des services en santé mentale ou autre peut impliquer divers aspects. Ainsi, Maurana et Eichhorn (1981, cité par Hulka & Wheat, 1985) ont relevé jusqu'à 100 différents indexes ou variables utilisés pour mesurer un aspect ou l'autre de l'utilisation des services. Andersen et Newman (1973) regroupent l'utilisation sous trois caractéristiques, soit le type de service, le but et l'unité d'analyse. Le type de service inclut, par exemple, l'hôpital, le médecin, l'utilisation de médicaments, les soins infirmiers, et autres. Notons à cet effet que Regier, Narrow, Rupp, Rae et Kaelber (2000) suggèrent que plusieurs services pertinents sont donnés par des personnes hors du système de soins de santé, comme des prêtres. Le but réfère aux soins primaires, secondaires ou tertiaires, tandis que l'unité d'analyse peut être le contact avec un service, la période de temps d'utilisation ou l'épisode. De plus, Béland (1994) suggère que des mesures telles que le nombre de visites pendant une période ou le fait de se présenter ou pas ne saisissent qu'une partie du phénomène de l'utilisation. La présente étude s'attarde à vérifier si la personne a eu des contacts avec les services suivants : hospitalisation en psychiatrie, urgence d'un hôpital, urgence psychiatrique, prescription de médicaments, psychothérapie, programme de traitement de jour et programme résidentiel. De plus, le contact avec divers professionnels est mesuré.

### *Utilisation des services et itinérance*

Selon North et Smith (1993), chez les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux les services seraient sous-utilisés proportionnellement à leurs besoins. De même, Fournier, Toupin, Ohayon et Caulet (1993) ont noté que les taux d'utilisation des services de santé mentale chez les sans-abri au cours de leur vie sont très élevés comparativement à la population en général, mais que ces taux chutent considérablement lorsqu'on s'attarde à l'utilisation relativement à une période plus récente. Selon North et Smith, on connaît très peu les raisons pour lesquelles les services sont si peu utilisés par cette population, alors que les troubles psychiatriques sont très présents. Il semble que les barrières proviennent à la fois des services et des personnes itinérantes elles-mêmes.

Selon Lamb et Talbot (1986), l'itinérance chez les personnes atteintes de troubles mentaux serait le résultat d'un manque de ressources adéquates et de barrières dans l'accessibilité aux services. On note entre autres que, puisqu'il y a une grande incidence de troubles d'abus de substances chez les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, les services pour l'un ou l'autre problème ont été traditionnellement séparés et ont peu d'interactions (Drake, Ocher, et Wallach, 1991). Par exemple, peu de programmes offrent des services de résidence à des personnes ayant les deux problèmes (Fischer, Colson et Susser, 1996). Or, puisque les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux présentent de nombreux problèmes, les programmes de santé mentale communautaires doivent être adaptés de façon à répondre à leurs besoins. Aussi, leur degré d'incapacité, leurs forces personnelles, leurs vulnérabilités, leurs préférences et leur réseau social limité doivent être pris en compte dans la planification des services. (Breaky 1989). Marshall et Bhugra (1996) considèrent aussi que certaines caractéristiques spécifiques aux itinérants tels la désaffiliation, la comorbidité et le réseau social limité devraient influencer le type de services à mettre en place.

Au-delà des problèmes d'organisation de services, l'utilisation limitée des services de santé mentale par les malades mentaux itinérants dépend aussi de ces personnes elles-mêmes. Rosenheck et Lam (1997) ont constaté que 35% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux n'ont pas recherché de services. Or, lorsqu'ils obtiennent des services, 20% de ces personnes quitteraient l'hôpital avant d'avoir obtenu leur congé (Appleby et Desai, 1985). À cause de leur désaffiliation et leur manque de soutien social, il est plus difficile d'obtenir la coopération des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et leur fidélité au traitement (Breakey, 1992). Elles sont méfiantes face à l'autorité et aux services en santé mentale. De plus, il a été noté que les malades mentaux itinérants se distinguent des malades mentaux domiciliés: ils ont des symptômes psychiatriques plus sévères, ont plus de troubles liés à l'alcool, vivent de l'isolement social et ont des difficultés à utiliser les réseaux (Fournier, 1996). Ces personnes se révèlent donc plus difficiles à traiter que les autres personnes atteintes de troubles mentaux.

Les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux se butent à plusieurs barrières dans leur recherche de services. Ainsi, Rosenheck et Lam (1997) ont identifié les principales barrières à l'utilisation des services du programme ACCESS ("*Access to Community Care and Effective Services and Supports*"), un programme enrichi de services pour les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, d'une durée de cinq ans, instauré sur 18 sites aux États-Unis. Les clients étaient admissibles au programme s'ils présentaient les caractéristiques suivantes: être sans abri, avoir un trouble mental grave (définition non précisée) et ne pas être engagé dans un traitement de santé mentale. Au moment d'entrer dans le programme, on leur posait différentes questions sur les services dont ils avaient besoin (n=1828). Ils devaient choisir les trois services les plus importants auxquels ils n'avaient pas accès à ce moment et identifier les barrières les plus importantes parmi un choix de quatre réponses. Les barrières les plus

fréquemment nommées sont: ne pas savoir où aller pour recevoir des services (32%), ne pas pouvoir se payer les services (29%), trouver que l'obtention de services représente trop de confusion, de trouble ou d'attente (27%) et le fait d'avoir été refusé par les services auparavant (16%). De plus, il a été souligné qu'aux Etats-Unis, les personnes itinérantes seraient plus sujettes à se voir refuser l'hospitalisation et peu seraient référées à des services de longue durée (Appleby et Desai, 1985). Certains auteurs ont aussi noté une résistance des intervenants du système de soins à travailler avec ce type de clientèle (Chafetz, 1990; Cohen, 1990)

Quelques études ont approfondi la question de l'utilisation des services chez les itinérants atteints de troubles mentaux. Ainsi, North et Smith (1993), suite à une étude réalisée auprès de 900 personnes itinérantes provenant d'un échantillon aléatoire et interviewées à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins et al., 1981), rapportent qu'environ le quart de l'échantillon souffrait d'un trouble mental de l'axe I autre qu'un abus ou une dépendance à une substance. D'une part, on souligne que la plupart de ces personnes atteintes avaient reçu une forme ou une autre de traitement au cours de leur vie. Ainsi, 85% des personnes schizophrènes avaient reçu un traitement psychiatrique à l'interne et 63% un traitement psychiatrique à l'externe. Chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire, ces proportions sont respectivement de 74% et 41%. D'autre part, seulement un tiers des personnes dont la schizophrénie ou la manie était active au cours de la dernière année ont reçu des traitements à cet effet durant cette période. Les personnes atteintes de dépression majeure avaient reçu moins de traitement que les autres groupes. Un nombre substantiel de ces personnes atteintes de troubles mentaux ont voulu recevoir des traitements mais n'en ont pas eu: 35% des schizophrènes, 29% des personnes atteintes de troubles bipolaires et 23% des personnes souffrant de dépression majeure. La principale raison pour ne pas avoir reçu de traitement était le fait de ne pas avoir d'assurance-maladie ou de ne pouvoir payer le traitement (35%), ce qui est congruent

avec le fait que cette étude a été réalisée aux États-Unis. D'autres raisons moins fréquentes étaient le manque de transport (9%), le manque de temps (6%), le fait de ne pas savoir où aller pour recevoir le traitement (4%) et celui d'avoir à attendre trop longtemps avant de voir un médecin (3%).

Stein et Gelberg (1997) ont comparé trois groupes: 1) des itinérants rencontrés à une clinique de santé gratuite (N=216); 2) des personnes domiciliées rencontrées à cette même clinique (N=212), et 3) des itinérants rencontrés dans la communauté (N=531). Les variables mesurées étaient les suivantes: abus de substance, santé physique et mentale, apparence, satisfaction face à la vie et utilisation des services de santé. La santé mentale était mesurée à l'aide du DIS, (Robins et al., 1981), du *RAND Mental Health Scale*, un questionnaire de cinq items permettant de mesurer la détresse psychologique (Ware et al., 1987; voir Stein & Gelberg, 1997), et de questions dichotomiques concernant les idées suicidaires et les tentatives de suicide. L'utilisation des services était mesurée selon deux critères: le nombre d'hospitalisations à vie pour des troubles mentaux et le temps écoulé depuis la dernière visite médicale pour des troubles mentaux ou émotionnels. Les groupes d'itinérants de la clinique et de la communauté ont présenté des résultats semblables, lesquels différaient de ceux du groupe de personnes domiciliées. Il ressort que l'utilisation des services de santé mentale est corrélée positivement, chez les itinérants dans la communauté, avec le fait de présenter: des troubles liés à l'alcool et à la drogue, une mauvaise santé, un trouble mental, une apparence négligée, une insatisfaction envers la vie et le fait d'utiliser des services de santé en général. Les itinérants de la clinique présentaient des corrélations semblables, sauf pour l'abus de drogues et la satisfaction envers la vie, qui ne se sont pas révélées significatives.

Quelques études recensées utilisent un modèle pour expliquer l'utilisation des services, soit celui d'Andersen et Newman (1973). Ce modèle stipule que trois types

de variables peuvent expliquer ou prédire l'utilisation de services: les caractéristiques prédisposantes (démographiques, structure sociale, croyances en matière de santé), les caractéristiques facilitantes (ressources personnelles, familiales et communautaires) et les besoins (perçus et évalués par les professionnels). À l'aide de ce modèle, Padgett, Struening et Andrews (1990) ont décrit l'utilisation des services médicaux, de santé mentale et relatifs à des problèmes de drogues ou d'alcool chez des personnes itinérantes de New-York (N=832). Les taux d'utilisation étaient de 23% pour les services médicaux, 13% pour les services de santé mentale et 7,5% pour les traitements concernant l'abus de substances. Les variables reliées à l'utilisation des services de santé mentale étaient: le niveau d'instruction, les symptômes dépressifs, un diagnostic de troubles psychiatriques posé par un médecin, le nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie et l'ensemble des conditions médicales. Ces facteurs, sauf le niveau d'instruction qui est un facteur prédisposant, sont reliés aux besoins selon le modèle d'Andersen et Newman (1973).

Pour leur part, Wenzel et al. (1995) ont vérifié les prédicteurs de l'utilisation des services par des anciens combattants itinérants admis pour des soins médicaux, psychiatriques ou pour abus de substances (N=429). Une analyse de régression logistique hiérarchique multiple a permis d'expliquer l'utilisation ou non de services psychiatriques ou pour abus de substances au cours des six mois précédents. Il ressort que l'utilisation de services hospitaliers internes est expliquée par les besoins déclarés par les patients, soit le nombre de symptômes psychiatriques éprouvés au cours de la vie, les symptômes de stress relié au combat (ex. des cauchemars) au cours du dernier mois et l'utilisation abusive d'alcool pendant au moins un an au cours de la vie. Un facteur prédisposant était le fait de dormir dans un refuge ou un autre type de service, au lieu de le faire à l'extérieur ou dans des endroits publics. L'utilisation de services externes était expliquée seulement par le nombre de symptômes psychiatriques et la présence de problèmes reliés au foie. Les facteurs faisant partie du bloc des besoins

sont ceux qui sont le plus reliés à l'utilisation des services, mais les auteurs suggèrent de bien évaluer la structure sociale (instruction, stabilité résidentielle, endroit habituel pour dormir), qui fait partie des facteurs prédisposants, en tant que barrière potentielle.

Plus récemment, une étude de Koegel, Sullivan, Burnam, Morton et Wenzel (1999) a aussi identifié des prédicteurs d'utilisation des services de santé mentale à l'aide du modèle d'Andersen et Newman (1973), auprès de 1 564 itinérants dans la communauté de Los Angeles. Les troubles mentaux étaient mesurés à l'aide du DIS (version III-R); 22% des sujets souffraient de troubles mentaux graves chroniques (variable calculée à partir des données du DIS selon un algorithme décrit en détail dans Koegel, Burman et Farr (1988)) et 77% de ceux-ci souffraient également d'abus de substances. Seulement 64% des personnes ayant des maladies mentales chroniques ont reçu des services à cet effet au cours de leur vie et 21% au cours des 60 derniers jours. Les prédicteurs de l'utilisation des services de santé mentale au cours des 60 derniers jours étaient: aide d'un dispensateur de services hors du système officiel de traitement en santé mentale pour avoir accès à des services (facteur facilitant), le diagnostic de schizophrénie--par opposition à un trouble dépressif (besoins)--, absence de dépendance à des substances--par opposition à trouble relié à l'alcool seulement-- (besoins) et la reconnaissance d'un problème par la personne itinérante (besoins). Les auteurs soulignent qu'il n'y a pas de différences entre les femmes et les hommes quant à l'utilisation des services de santé mentale.

Enfin des études récentes (Stein, Andersen, Koegel, & Gelberg, 2000 ; Gelberg, Andersen, & Leake, 2000) ont été menées auprès de personnes itinérantes en utilisant un modèle de Andersen élargi afin d'inclure des variables pertinentes pour cette population. Ainsi, bien que ne portant pas spécifiquement sur l'utilisation en santé mentale, l'étude comportait plusieurs variables telles la qualité du domicile, les troubles mentaux, les troubles liés à l'alcool, les troubles

liés à l'utilisation de drogue, des variables de satisfaction quant au soutien social et des variables de soutien communautaire (contact avec du personnel dans des refuges, etc). Les variables d'utilisation étaient le nombre de visites à une clinique ambulatoire et le nombre d'hospitalisations. Des analyses d'équations structurales ont été utilisées afin d'identifier les variables significatives. Parmi les caractéristiques prédisposantes, l'utilisation de drogue était relié à une plus grande utilisation des deux types de services, le fait d'être une femme l'était à l'utilisation de services ambulatoires, alors que les problèmes liés à l'alcool étaient associés seulement à l'hospitalisation. Les besoins, soit la santé antérieure, étaient liés à l'utilisation des deux services. Quant aux caractéristiques facilitantes, le soutien communautaire était lié aux deux types de services, les barrières étaient liées à l'hospitalisation, et le fait d'avoir un endroit où aller pour des soins l'était à l'utilisation des services ambulatoires. Les variables de soutien social, de statut domiciliaire et de troubles mentaux ne prédisaient l'utilisation d'aucun service.

### **Typologies des itinérants**

Les études décrites précédemment ont tenté de déterminer des facteurs reliés à l'utilisation de services en santé mentale à l'aide d'analyses de régression. Or ces techniques, lorsqu'on les utilise de façon exclusives, peuvent se révéler réductrices, voire erronées lorsqu'il s'agit de mesurer des phénomènes complexes (Rapkin & Luke, 1993). Avec de telles techniques, il est difficile de distinguer des liens complexes entre des variables et une erreur de variance. De plus, les échantillons contenant une variété de cas, avec différentes combinaisons de relations entre les variables principales, peuvent apparaître aléatoires, car une telle hétérogénéité est masquée par les méthodes traditionnelles. Aussi, plusieurs chercheurs ont plutôt proposé de créer des typologies des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux à l'aide d'analyses d'agrégats ("cluster analysis"). Aussi, la présente étude, au lieu de s'arrêter à une analyse de régression, utilise les

variables significatives de ce volet pour aller plus loin en créant des typologies d'itinérants à l'aide d'analyses d'agrégats. Il a été suggéré que la connaissance des différents types d'itinérants peut servir de base à l'établissement de politiques de santé publique et à une amélioration des interventions auprès de cette population (Hertzberg, 1992).

On tente depuis longtemps, autant par des méthodes qualitatives que quantitatives, de créer des typologies d'itinérants. Déjà en 1911 (Stark, 1992), une étude auprès des hommes itinérants de Chicago faisait ressortir quatre catégories d'itinérants, soit les autonomes ("self supporting"), les temporairement dépendants, les dépendants chroniques et les parasites. Depuis, plusieurs chercheurs ont identifié des typologies d'itinérants, mais les plus récentes ont utilisé, pour ce faire, des analyses d'agrégats. Ainsi, Grigsby, Baumann, Gregorich et Roberts-Gray (1990), à l'aide de la méthode K-Means, ont étudié des personnes itinérantes provenant de refuges, mais aussi habitant sur la rue ou sous les ponts (N=166). Partant de la prémisse que l'étude des processus de désaffiliation et de réaffiliation sont les clés pour la compréhension de l'itinérance, ils ont identifié quatre types d'agrégats basés sur les relations sociales et les troubles mentaux, soit : 1) les récemment désorganisés ("recently dislocated"), qui ont un petit réseau social et des problèmes de santé mentale légers; 2) les vulnérables, qui sont itinérants depuis plus longtemps, ont moins de personnes dans leur réseau et ont de graves problèmes de fonctionnement; 3) les étrangers ("outsiders"), qui sont itinérants depuis aussi longtemps que les vulnérables, mais jouissent d'un réseau social plus grand et fonctionnent aussi bien que les récemment désorganisés; et 4) les prolongés, qui sont itinérants depuis plus de cinq ans, ont peu de personnes dans leur réseau et sont modérément dysfonctionnels. Cette recherche ne porte cependant pas sur les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et tend plutôt à les confondre avec les autres itinérants.

Kuhn et Culhane (1998) ont utilisé la classification temporelle et, à l'aide d'analyses d'agrégats appliquées à des données provenant de refuges de New York (N=73263) et de Philadelphie (N=6897), ont précisé les caractéristiques d'itinérants relativement au nombre de jours dans un refuge et le nombre d'épisodes d'utilisation de refuges. Les chercheurs ont utilisé la méthode dite de classement par le centroïde le plus près (« *nearest centroid sorting* ») et la distance Euclidienne. Ils ont ainsi identifié trois groupes: 1) les itinérants transitoires (« *transitionally homeless* »), qui constituent 80% de la population des refuges, sont jeunes et n'ont pas de problèmes de santé mentale ou physique, ni d'abus de substances; 2) les itinérants épisodiques, qui représentent 10% de la population, sont jeunes et ont des problèmes de santé mentale et/ou d'abus de substances, alors que 3) les itinérants chroniques, plus âgés, ont des problèmes de santé mentale, de santé physique ou d'abus de substances plus graves. Ces derniers, malgré leur petit nombre, consomment cependant la moitié des jours d'utilisation des refuges. Cette recherche, malgré des méthodes intéressantes et un nombre très élevé de sujets, ne discrimine pas très bien les caractéristiques d'une grande partie de leur échantillon et les troubles mentaux y sont regroupés sans trop de précision.

Struening et Padgett (1990) ont développé une typologie des itinérants qui utilisaient des refuges de New York (n=1260). L'analyse portait sur sept variables dichotomiques quant à l'abus de substances, aux troubles de santé physique et aux troubles mentaux. Ils ont établi dix catégories: 1) groupe de référence (sans problèmes); 2) symptômes dépressifs; 3) troubles mentaux sérieux (épisodes psychotiques); 4) troubles d'abus de substances; 5) abus de substances et hospitalisations pour ce trouble; 6) abus de substance et symptômes dépressifs; 7) abus de substances et troubles mentaux sérieux; 8) abus de substances, hospitalisations pour abus de substances et symptômes dépressifs; 9) abus de

substances, hospitalisations pour abus de substances et troubles mentaux sérieux; 10) hospitalisations pour abus de substances et près de 50% ont des symptômes dépressifs, des troubles mentaux sérieux ou les deux. On peut reprocher à cette typologie le fait qu'elle identifie toutes les combinaisons possibles des quelques variables utilisées, ce qui en limite l'intérêt.

Mowbray, Bybee et Cohen (1993) ont utilisé l'analyse d'agrégats pour identifier des typologies d'itinérants atteints de troubles mentaux provenant de refuges, d'unités de soins psychiatriques et de centres de santé mentale communautaires. Les chercheurs ont identifié quatre groupes, en utilisant la méthode de Ward et la technique K-Means: 1) les hostiles/psychotiques; 2) les dépressifs; 3) les itinérants qui font des abus de substance; 4) ceux qui fonctionnent le mieux. Ces groupes sont basés sur la façon de vivre dans la communauté, sur les problèmes de dépression, sur l'agressivité, sur la psychose et sur les problèmes d'abus de substance. Selon Stewart (1999), cette recherche ne serait pas représentative de tous les itinérants, puisque: 1) elle ne porte que sur un échantillon d'anciens combattants; 2) elle ne distingue pas les troubles d'abus d'alcool des troubles d'abus de drogue et 3) elle ne comporte pas de validation croisée à l'intérieur de l'échantillon.

Humphrey et Rosenheck (1995) ont utilisé une procédure qui améliore la reproductibilité, la validité externe et la validité croisée des solutions obtenues par les agrégats. Ainsi, auprès d'un échantillon d'anciens combattants itinérants (N=745), ils ont utilisé 12 différentes procédures d'analyses d'agrégats et ont appliqué des phases de dérivation, de réplcation, de validation externe et de validation croisée. Une solution à 4 agrégats obtenue à l'aide de la méthode de Ward s'est révélée la plus convenable. Les agrégats étaient les sous-types alcoolique, troubles mentaux, multi-problèmes et meilleur fonctionnement. Les

auteurs en concluent qu'il faut être prudent dans l'évaluation des études d'analyses d'agrégats, puisque les regroupements varient énormément selon l'approche utilisée. Ils recommandent d'utiliser une approche semblable à la leur afin de générer un résultat possédant une plus grande généralisabilité. De l'aveu même des auteurs, leur étude présente cependant deux limites: 1) elle ne porte que sur des vétérans et n'implique que peu de femmes et d'enfants itinérants; 2) certaines variables, dont les problèmes financiers et sociaux, ont été mesurées de façon grossière et avec des instruments dont la validité n'avait pas été vérifiée (Humphrey & Rosenheck, 1995).

Plus récemment, des typologies d'itinérants ont été développées dans deux thèses doctorales non publiées. Ainsi, Stewart (1999) a réalisé une étude auprès d'un échantillon de personnes itinérantes ( $n=97$ ) qui entraient dans un programme de traitement de trois mois offert dans des refuges. L'auteur a créé des typologies à l'aide d'une analyse d'agrégats en se basant sur des renseignements obtenus à partir du *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III; Millon, Davis, & Millon, 1997). La méthode hiérarchique de Ward, avec la distance euclidienne comme mesure de proximité, ainsi que la méthode K-Means, ont été utilisées. L'auteur a ainsi identifié trois groupes distincts d'itinérants: ceux ayant des problèmes multiples, ceux ayant des problèmes d'abus de substances et ceux qui présentent du déni face à leurs problèmes. Le premier ( $n=44$ ) inclut des personnes itinérantes ayant surtout les problèmes suivants: anxiété, dépression, masochisme, personnalité dépendante, dysthymie, etc. Le deuxième agrégat est formé des personnes ayant particulièrement des problèmes de dépendance aux drogues et à l'alcool, de désirabilité, de personnalité antisociale. Enfin le troisième agrégat ( $n=20$ ) est formé de personnes qui présentent des scores élevés quant à l'indice de désirabilité, indiquant, selon Stewart, qu'elles n'admettent pas facilement la sévérité de leurs problèmes de santé mentale ou d'abus de substance. Cette recherche ne

compte cependant que peu de sujets et ces derniers sont tous entrés dans un programme de traitement. Elle se limite donc à distinguer des groupes de troubles mentaux parmi un groupe d'itinérants non représentatif de l'ensemble de la population.

La thèse de Shepherd (1999) porte plus spécifiquement sur les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, identifiées comme telles par le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins et al., 1981). L'échantillon (n=6180), sélectionné parmi la clientèle du programme ACCESS, était constitué de personnes qui avaient vécu au moins 7 des 14 derniers jours dans la rue, dans des refuges, ou dans des édifices abandonnés ou publics. La mesure de proximité était basée sur un coefficient de similarité général, le Dgower (Gower, 1971) et, ici encore, on a utilisé la méthode d'agrégats hiérarchique de Ward. L'auteur a ainsi dégagé 11 profils, soit : exagération des symptômes de la maladie pour profiter des programmes ("Malingers"), dépression avec alcoolisme, minimisation des symptômes, évitement psychotique, évitement des services, nouvel itinérant, minorité ethnique locale, femme avec enfant, famille en santé, caucasien-autres et non utilisateur de drogues. Cette recherche n'a cependant fait qu'effleurer l'utilisation des services de santé mentale par les personnes itinérantes. Elle utilise toutefois des méthodes valides, étant donné les variables mesurées, et un nombre impressionnant de sujets.

Selon Shepherd (1999), jusqu'à maintenant, les typologies d'itinérants ont souvent considéré les personnes atteintes de troubles mentaux comme un groupe homogène, sans aucune reconnaissance des différents facteurs menant à l'itinérance, ni des différentes maladies qui influencent les comportements des personnes itinérantes. De plus, ce manque de discrimination serait particulièrement vrai en ce qui concerne les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, puisqu'on croit généralement qu'elles ne diffèrent pas beaucoup des autres

itinérants (Blackwell, 1993) et qu'elles constituent un groupe homogène (Struening et Padgett, 1990). Selon Blackwell, cette vision ne serait pas limitée au grand public, mais aussi aux chercheurs et dispensateurs de soins dans ce domaine.

### **Modèle utilisé pour l'étude**

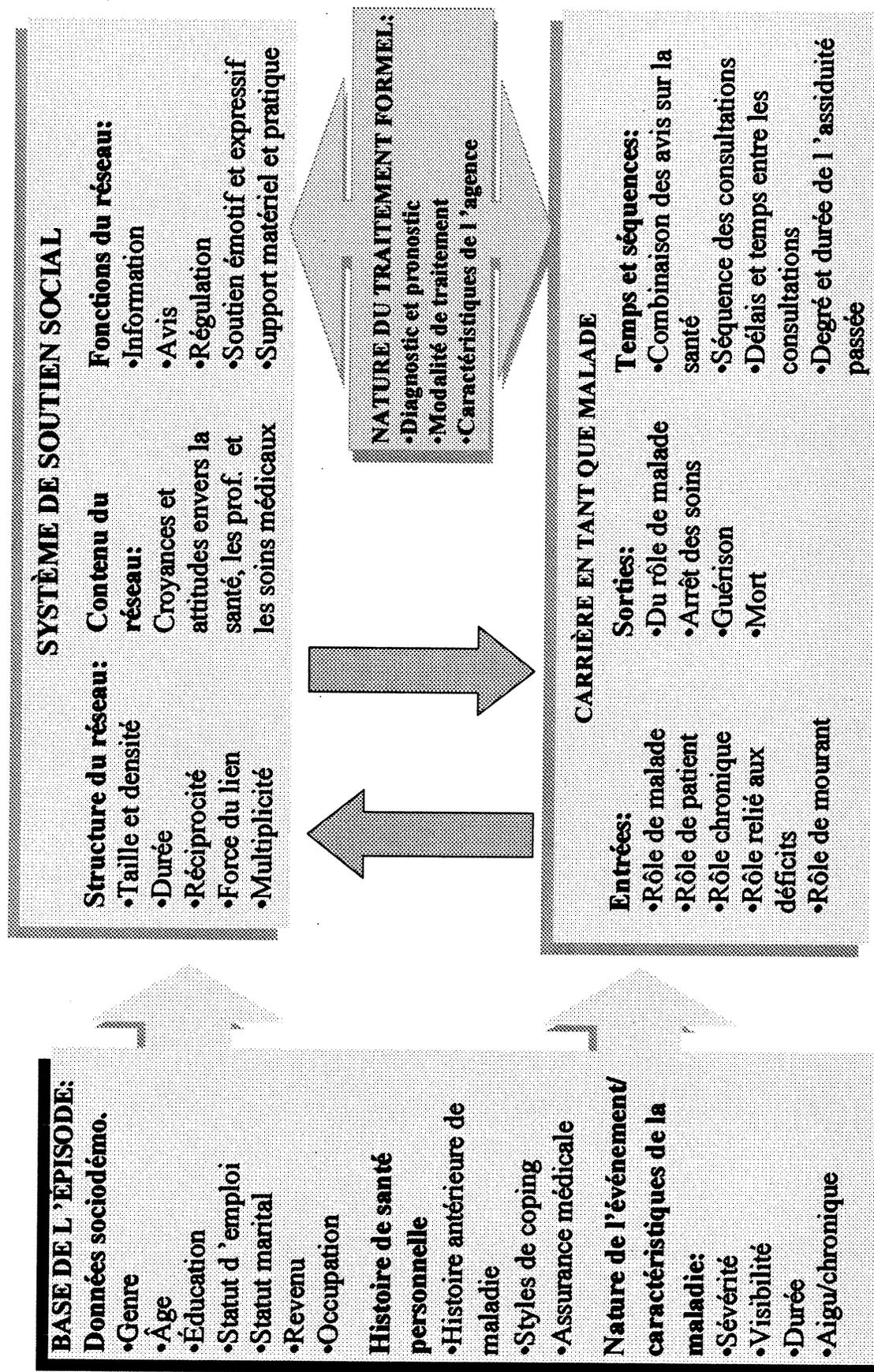
Un constat émane donc de ces écrits sur les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et leur utilisation des services : l'itinérance est un phénomène complexe qui demande un cadre d'analyse permettant de mieux comprendre les interactions entre plusieurs facteurs et plusieurs niveaux de facteurs. En effet, tel qu'il a été expliqué plus haut, l'étude de l'itinérance se bute à plusieurs obstacles méthodologiques, que ce soit au niveau de la définition des personnes itinérantes, des instruments utilisés ou des difficultés à rassembler de grands échantillons. De plus, les données sont souvent d'ordre descriptif, éparses, et analysées sans les intégrer dans un cadre théorique permettant de leur donner un sens. Ces facteurs doivent donc, comme le soulignent Milburn et Watts (1986), être organisés à l'aide d'un cadre de référence. À cet effet, Toro, Trickett, Wall, et Salem (1991) soutiennent la nécessité de considérer l'itinérance selon une perspective écologique afin de tenir compte des multiples facettes impliquées : les politiques sociales, les facteurs économiques, les déficiences du système de services, les perturbations dans le soutien social, les différences des individus et des familles dans l'accès aux ressources et les façons de faire face aux problèmes. Selon cette perspective, l'itinérance n'est pas conceptualisée comme un problème basé sur l'individu; il s'agit plutôt de clarifier les transactions personne- environnement entre les individus et les niveaux multiples du contexte social. Or, peu de recherches à ce jour ont utilisé un modèle, et celles qui l'ont fait se sont limitées à celui d'Andersen et Newman (1973), qui est incomplet et insuffisant pour rendre compte de cette problématique.

Dans l'esprit des propos de Toro et al. (1991), une récente contribution majeure dans le champ de la sociologie médicale, et spécialement en santé mentale, est apportée

par Pescosolido (1991, 1992, 1996, 1998). L'auteure présente un modèle nommé "Modèle Épisode-Réseau"(MER) (Figure 1), un cadre qui offre une vision plus large des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur entrée dans le système de soins. Ce modèle se distingue à plusieurs égards des modèles traditionnels tel le modèle d'Andersen et Newman (1973), tout en intégrant des éléments dans un contexte plus large. Nous avons vu, en effet, que le modèle d'Andersen et Newman suggérait que l'utilisation des services de santé était prédite par trois groupes de variables, soit les caractéristiques prédisposantes (caractéristiques démographiques, structure sociale et croyances en matière de santé), les caractéristiques facilitantes (ressources personnelles, familiales et communautaires) et les besoins (perçus et évalués) (Andersen, 1995). Bien que modifié par la suite, ce modèle reste tout de même linéaire et axé sur un résultat final d'utilisation de services. De plus, il ne permet pas de rendre compte de la complexité du phénomène de l'itinérance.

Or, Pescosolido propose une approche de « carrière » qui permet de tenir compte des événements de façon dynamique en respectant les séquences et les multiples options disponibles. Une action, une décision ou un choix particulier se trouve imbriqué dans un processus social où les interactions du réseau avec l'individu, non seulement influencent la formation de préférences et définissent la situation, mais stimulent aussi le processus de décision à savoir s'il y a quelque chose d'incorrect, si quelque chose peut être fait à propos de ce problème, si oui, quelle sera cette action et, enfin, comment évaluer les résultats. Les stratégies d'action sont donc conceptualisées comme émergeant d'un processus affectif et rationnel intrinsèquement lié au social, plutôt qu'au propre choix individuel (Pescosolido, 1992).

Figure 1. Le Modèle Épisode-Réseau (Pescosolido, 1991)

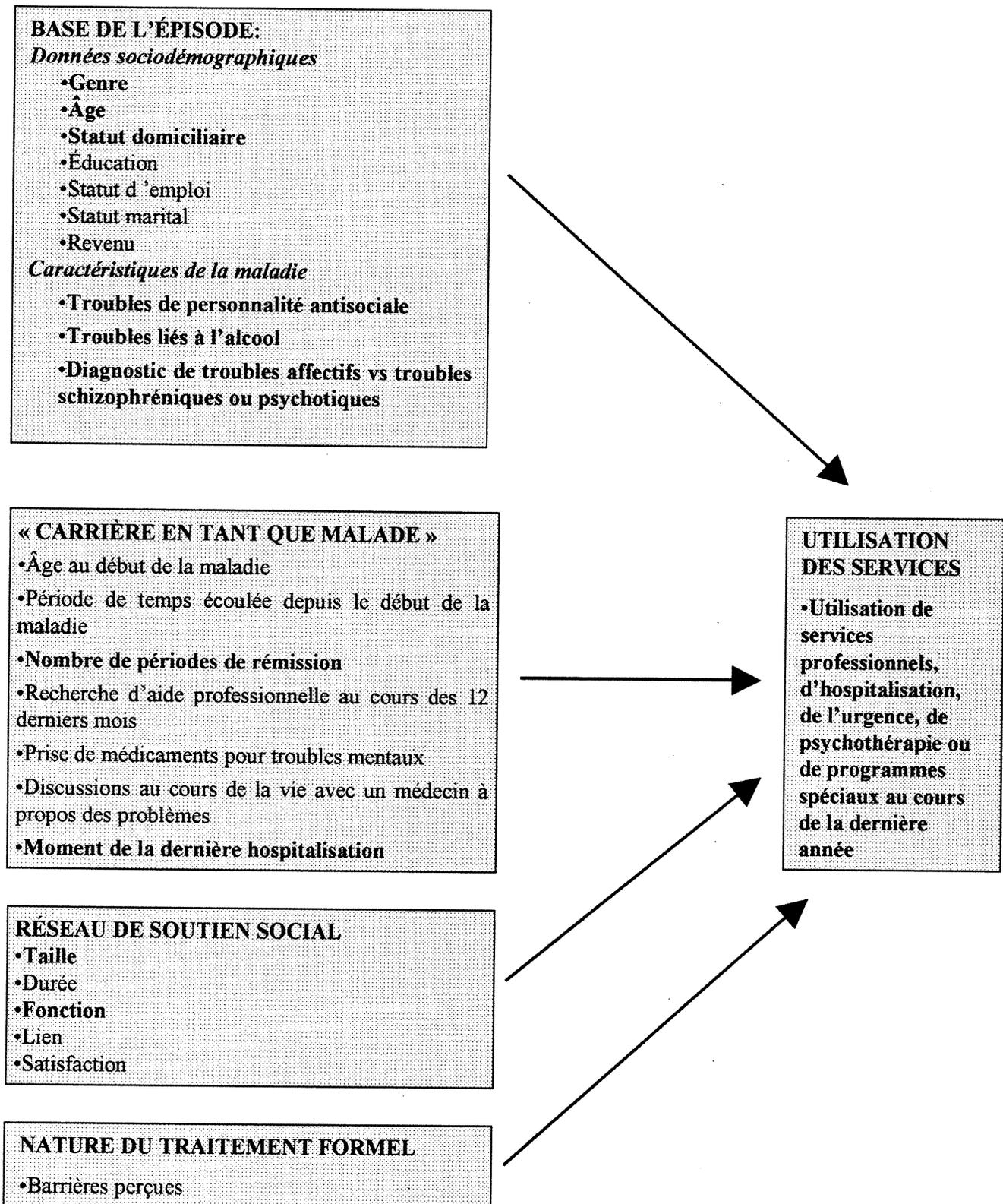


Le modèle MER s'applique particulièrement bien à l'étude de la prise de décisions de l'individu face au choix de soins médicaux ou de l'utilisation des services de soins. Pescosolido considère que le modèle offre une perspective plus orientée vers le processus que les autres modèles. L'élément le plus important de cette vision provient des recherches en sociologie et en anthropologie médicale, soit l'approche de « carrière en tant que malade » (« *illness career* »). Dans l'approche MER, la « carrière en tant que malade » commence par un événement qui met en marche un processus pour tenter de faire face au problème physique ou émotionnel, étant donné un système structuré de relations sociales. Ces tentatives de *coping* sont créées en négociant avec les personnes de l'entourage et tiennent compte des contraintes de la structure sociale. Le MER met l'accent sur le processus de la prise de décision et reconceptualise comment les contingences sociodémographiques influencent les décisions de santé en limitant ou en facilitant les liens dans le réseau. Pescosolido (1998) explique qu'en psychiatrie, l'individu ne prend pas toujours lui-même et de façon rationnelle les décisions relatives à sa santé; toute une littérature socio-légale explore comment la personne atteinte de troubles mentaux est souvent forcée d'entrer dans le système de soins à la suite d'actions entreprises par les policiers, par les juges ou par la famille. Entre une décision rationnelle de l'individu et la coercition, elle décrit une attitude médiane où la personne se débrouille tant bien que mal; elle ne recherche pas nécessairement des soins, mais ne résiste pas non plus. Ce modèle se révèle donc, par son approche unique, particulièrement approprié à l'étude de la situation des itinérants relativement à l'utilisation des services de soins en santé mentale. En effet, comme on l'a vu précédemment, les services aux itinérants ne peuvent être confinés à un seul type de services, et exigent une communication et une continuité entre les différents services. De plus, l'importance de l'absence de soutien social chez cette population, ainsi que la rupture de cette dernière avec le système de soins, renforce la nécessité d'étudier leur utilisation des services en s'inspirant du modèle de Pescosolido.

Cependant, ce modèle présente des problèmes au niveau méthodologique. En effet, Pescosolido souligne qu'un des principaux obstacles à l'analyse dynamique consiste en un manque de données appropriées. L'approche par épisode, suggérée par le MER, requiert souvent des analyses se situant hors des techniques habituelles et complique les analyses qui tentent d'aller au-delà de la simple description empirique. Souvent, même l'opérationnalisation de la variable dépendante est complexe et moins nettement définie (Pescosolido, 1992). Selon Pescosolido, une façon de faire serait d'opter pour une technique permettant de voir le nombre et le type de stratégies que l'individu utilise. À cet effet, elle suggère l'utilisation d'analyses d'agrégats pour examiner, par exemple, s'il existe un ensemble de combinaisons unique auquel la personne a recours durant un épisode grave de maladie. Elle estime cependant que ces outils d'analyse n'ont pas la précision d'autres approches, ni n'offrent une solution finale aussi clairement définie.

Une enquête transversale comme celle réalisée par Fournier et son équipe (2001), bien qu'offrant plusieurs données sur le cheminement de la personne itinérante atteinte de troubles mentaux, ne permet pas de vérifier tous les concepts élaborés dans le modèle de Pescosolido. Ce modèle demande en effet qu'on puisse suivre la personne de façon longitudinale, et examiner fréquemment comment elle fait ses choix dans sa carrière en tant que malade. De plus, il faudrait pouvoir étudier le réseau de façon plus fine pour vérifier les croyances véhiculées par le milieu quant à la compréhension du problème de santé mentale et des services requis. Pour la présente étude, le modèle a donc été adapté afin de répondre aux questions de recherche (Figure 2). Le modèle utilisé conserve donc les principaux blocs de variables de Pescosolido, soit ceux du contenu social, de la carrière en tant que malade, du système de soutien social et de l'utilisation des services. Cette dernière variable, contrairement à la conception de Pescosolido, est considérée comme une variable dépendante des autres blocs afin de pouvoir mieux identifier les prédicteurs

Figure 2. Description des variables à l'étude



Note: Ce modèle représente l'organisation des variables pour l'analyse de régression et les variables en gras sont celle conservées pour cette analyse.

d'utilisation des services en santé mentale. Une analyse d'agrégats est utilisée, mais s'écarte du modèle de Pescosolido en opérationnalisant l'utilisation des services comme une variable dichotomique.

Le modèle de Pescosolido a été peu utilisé jusqu'à maintenant. Outre les propres recherches de Pescosolido, seule une thèse de doctorat (Carpentier, 1999) où l'on a cherché à comprendre les liens pouvant exister entre la dynamique des réseaux familiaux et les types de trajectoire psychiatrique que pouvait emprunter une personne aux prises avec des troubles mentaux graves, s'en est inspirée. Cette étude a permis de cerner l'influence des familles sur les premiers stades du modèle de Pescosolido, de même que l'influence de la cohésion du réseau social primaire sur les premiers contacts avec les ressources d'aide psychiatrique. La présente étude vise donc à pousser plus loin l'investigation de ce modèle, en l'utilisant pour évaluer les « carrières en tant que malade » de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, lesquelles éprouvent, comme on l'a vu plus haut, de la difficulté à recevoir les services adéquats, et présentent de multiples problèmes de santé et un manque d'assiduité aux traitements.

### **Bilan critique des écrits**

Il ressort donc de toutes les études recensées que l'on connaît encore très mal les personnes itinérantes, particulièrement celles atteintes de troubles mentaux. Premièrement, il appert que la définition de la personne itinérante diffère selon les études, ce qui complique la compréhension du phénomène. Il a été noté (Toro & Warren, 1999) que le nombre d'études réalisées auprès de personnes itinérantes a augmenté rapidement au cours des dernières années, mais que le développement de la recherche se serait fait un peu à l'aveuglette, et les écrits actuels souffriraient d'une grande variété de buts, de méthodes d'échantillonnage et de méthodes de mesure, ce qui se traduit par de l'incohérence entre les résultats des différentes études. Toro et Warren

considèrent qu'on emploie trop souvent des échantillons trop petits, provenant d'une localité, d'un ou deux sites dans une même ville ou d'un seul refuge ou service.

Étant donné les problèmes de sous utilisation de services en santé mentale des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux en regard de leurs besoins, il importe aussi de mieux connaître les facteurs reliés à leur utilisation des services en santé mentale. Jusqu'à maintenant, peu d'études ont dépassé le niveau des recherches descriptives, se contentant de dénombrer et de décrire les utilisateurs des services. Devant l'hétérogénéité de la population itinérante, la diversité des facteurs en cause et la rationalisation des ressources en santé mentale, des analyses plus approfondies doivent tenter d'expliquer l'utilisation des services et d'identifier quels sont les facteurs prédisant cette utilisation. Ces analyses doivent se faire à l'aide d'un modèle qui épouse une vision plus large que les modèles précédents afin d'expliquer l'utilisation des services des personnes itinérantes.

Enfin, pour avoir une vision plus globale de cette population, il faut aussi créer une typologie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux qui tienne compte de leur utilisation des services, toujours en se basant sur un modèle pour organiser les caractéristiques. Jusqu'à maintenant, la plupart des typologies de personnes itinérantes ont été réalisées de façon descriptive ou théorique. Quelques études ont utilisé des analyses d'agrégat, mais certaines ne portaient pas sur les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ou utilisaient de petits échantillons (Grigsby et al., 1990; Stewart, 1999; Struening & Padgett, 1990), une autre regroupe grossièrement une grande partie de la population (Kuhn & Culhane, 1998), d'autres ne portent que sur les anciens combattants devenus itinérants et présentent quelques problèmes méthodologiques (Mowbray et al., 1993; Humphrey et Rosenheck, 1995) et, enfin celle de Shepherd (1999) n'évaluait que superficiellement l'utilisation des services de santé mentale par les

personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Enfin, aucune étude n'utilisait un modèle d'utilisation des services pour sélectionner et organiser les variables.

La présente étude vise à pallier les problèmes des études précédentes. Elle utilise des données provenant d'une vaste enquête réalisée dans deux villes du Québec auprès de personnes fréquentant des ressources pour personnes itinérantes (Fournier, 2001). Cette enquête s'appuie sur des données d'un recensement récent pour sélectionner les sujets, et a recruté des répondants sur une période de neuf mois, couvrant l'hiver et l'été (Fournier, 1998). La présente étude utilise la même pondération que l'enquête principale (2001) afin d'assurer la représentativité de l'échantillon. L'enquête principale, de même que la présente étude, utilise des instruments ayant été validés auparavant, souvent auprès de personnes itinérantes.

La présente étude fait appel à un modèle complexe d'utilisation des services, soit celui de Pescosolido, afin de sélectionner et organiser les variables. Cette étude comporte deux étapes distinctes, soit une analyse de régression hiérarchique et une analyse d'agrégats. Dans l'analyse de régression hiérarchique, nous mesurons l'influence des variables relatives au contenu social, à la « carrière en tant que malade », au système de soutien social et à la nature du traitement formel sur l'utilisation des services professionnels ou de thérapies. Suite à ces analyses de régression, les variables significatives sont conservées pour l'analyse d'agrégats, afin de créer des typologies de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux en tenant compte de leur utilisation de services. Cette technique permet de conserver une certaine parcimonie dans le nombre de variables utilisées et, ainsi, d'obtenir des typologies d'itinérants pertinentes.

La présente recherche a pour buts :

- 1) de décrire les caractéristiques des itinérants atteints de troubles mentaux quant au contenu social, à la « carrière en tant que malade », au système

de soutien social, à la nature du traitement formel et à l'utilisation des services professionnels décrits dans le modèle de Pescosolido (1991, 1992);

- 2) d'identifier, à l'aide d'un modèle inspiré de Pescosolido (1991, 1992), les variables les plus susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé mentale chez les itinérants atteints de troubles mentaux;
- 3) d'identifier, à l'aide d'un modèle inspiré de Pescosolido (1991, 1992), une typologie des utilisateurs de services de santé mentale chez les itinérants atteints de troubles mentaux.

## **Chapitre 3**

### **Méthode**

La présente étude utilise des données de l'enquête sur la santé des itinérants dirigée par Fournier (2001). Cette enquête fait suite à une autre semblable menée en 1988 (Fournier, 1991) et dont elle s'inspire pour les outils et les méthodes. Les parties suivantes portent donc sur la méthode de l'enquête récente de Fournier, puis sur celle répondant aux besoins spécifiques de la présente recherche.

### **Méthode de l'enquête principale**

#### *Échantillon*

L'enquête principale a été menée auprès de l'ensemble de la clientèle des ressources accueillant des personnes itinérantes dans les territoires de la Régie régionale de Montréal-Centre et de la Communauté urbaine de Québec. La population à l'étude est l'ensemble des personnes-jour<sup>1</sup> ayant fréquenté, durant la période d'enquête (soit de décembre 1998 à août 1999), les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour recevant des personnes itinérantes dans les régions de Montréal-Centre et de la communauté urbaine de Québec. Au sein de cette population, appelée population journalière, une personne est représentée par autant de personnes-jour que le nombre de jours où elle a été présente dans l'un ou l'autre des centres visés par l'enquête. Les estimations basées sur ce type de population caractérisent davantage, par conséquent, les personnes qui font une utilisation importante des ressources.

---

<sup>1</sup> **Personne-jour**: "unité de la population journalière correspondant à la fréquentation d'au moins une ressource pour personnes itinérantes par une personne lors d'une journée donnée. (Fournier, 2001)

### *Plan de sondage des personnes*

Dans chacun des centres, un certain nombre de journées ont d'abord été sélectionnées au hasard parmi les jours d'ouverture visés par la période d'enquête. Puis, pour chaque journée sélectionnée, une ou plusieurs personnes ont été sélectionnées au sein de la clientèle présente, selon un critère à caractère aléatoire. De manière à atteindre la population journalière, une hiérarchie a été établie entre les différents types de centres. Pour une journée donnée dans un centre d'hébergement, une personne pouvait être sélectionnée indépendamment de sa fréquentation des autres types de centres. Par contre, dans les soupes populaires, une personne n'était admissible à l'enquête que si elle n'avait pas dormi la veille dans un centre d'hébergement enquêté. Finalement, dans les centres de jour, n'étaient admissibles que les personnes n'ayant ni dormi la veille dans un centre d'hébergement enquêté, ni mangé durant les 24 dernières heures dans une soupe enquêtée.

### *Pondération*

Une pondération a été établie par l'Institut de la statistique du Québec afin de produire des estimations non biaisées par rapport au plan de sondage et à l'absence de répondant pour certaines journées. Ainsi, un poids a été associé à chacun des répondants pour quantifier le nombre de personnes qu'il représente au sein de la population journalière visée par l'enquête. Cette pondération permet de produire des estimations inférant à l'ensemble de la population. Les données ainsi pondérées permettent de dresser un portrait journalier des caractéristiques des personnes fréquentant les centres. Par conséquent, les proportions décrivant la population journalière dans cette étude ne peuvent s'appliquer aux estimations de population sur une base annuelle. La taille de l'échantillon des répondants s'élève à 757 personnes, soit 509 à Montréal-Centre et 248 à Québec, et le taux de réponse non pondéré est de 71,5%. Le lecteur intéressé est invité à consulter le chapitre méthodologique du premier volume du rapport de l'enquête (Ostoj, Plante,

Fournier, Courtemanche & Chevalier, 2001) qui traite des aspects méthodologiques de façon plus détaillée.

### *Procédure d'enquête*

Les entrevues ont été réalisées par 16 intervieweurs, qui ont été recrutés sur la base de leur expérience professionnelle en tant qu'intervieweur ou auprès de la clientèle visée, mais n'avaient aucune formation clinique particulière. Ils ont cependant reçu une formation de 50 heures, particulièrement pour le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS-IV; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff., 1981). Cette formation incluait une partie théorique visant à expliquer les objectifs de l'enquête, les questionnaires et le déroulement, et des séances pratiques à l'aide de jeux de rôles.

Les entrevues ont été réalisées face à face et duraient environ deux heures. Un prétest a été réalisé sur une période d'une semaine, afin de vérifier la clarté des questions, évaluer la durée de l'entrevue et tester les procédures de collecte de données. Les entrevues se déroulaient généralement dans le bureau de la ressource où la confidentialité pour le répondant et la sécurité de l'intervieweur pouvaient être assurées. Par la suite, le plus tôt possible, chaque intervieweur devait procéder à la vérification des données recueillies. Chaque questionnaire était ensuite examiné par la coordonnatrice afin de vérifier la logique des réponses, le respect des sauts, etc. Les corrections nécessaires étaient apportées directement lorsque c'était possible, sinon la coordonnatrice revoyait l'intervieweur pour obtenir plus d'informations et faire avec lui le suivi des erreurs. Le nettoyage des données a été fait en plusieurs étapes: 1) vérification des codes admissibles et des questions filtres, pendant et après la collecte de données; 2) validations logiques et concordance entre les différents instruments.

### Échantillon de la présente recherche

Pour la présente étude, les échantillons utilisés varient selon l'analyse effectuée. Ainsi, pour le volet descriptif, les personnes incluses dans l'étude remplissent la condition suivante au moment de l'entrevue:

- Ils ont présenté des troubles mentaux de l'Axe I non lié aux substances (schizophrénie, autres troubles psychotiques, troubles bipolaires ou dépression), tels que mesurés par le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS-IV; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981), au cours de leur vie. Sont aussi incluses les personnes pour qui les mêmes types de diagnostics ont été posés par l'équipe de recherche ou le psychiatre expert, comme on le verra plus loin.

Ne sont pas incluses dans cette étude les personnes ayant souffert uniquement de troubles liés aux substances, ni celles ayant présenté uniquement un trouble de personnalité au cours de leur vie, sans jamais avoir présenté un des troubles mentaux décrit plus haut. Celles qui ont ces problèmes surajoutés à un trouble mental de l'Axe I non liés aux substances au cours de leur vie sont cependant incluses dans l'étude, les recherches antérieures ayant démontré que les problèmes de comorbidité sont fréquents chez cette clientèle.

Les réponses au DIS, dont les résultats déterminent les sujets faisant partie de la présente étude, ont fait l'objet d'un examen minutieux. Ainsi, les questionnaires incomplets ou dont le diagnostic n'était pas clair suite à la procédure prévue par l'instrument, ont été vérifiés par un psychiatre ayant travaillé auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux dans une équipe de outreach (N=131) ou par deux chercheurs qui devaient en arriver à un consensus quant au diagnostic psychiatrique (n=25)(Annexe 1). Cette méthode a permis de limiter au maximum le nombre de sujets manquants pour la section diagnostique. En effet, les observations de

l'intervieweur offraient généralement assez de renseignements pour établir, au moins, un diagnostic général sur la santé mentale de la personne. Lors de cette révision, certains diagnostics non couverts par les sections du DIS utilisées ont été posés à l'occasion, par exemple des diagnostics de troubles de personnalité limite et de troubles de retard mental. Les résultats de ces types de troubles ne sont pas présentés, n'ayant pas été mesurés pour l'ensemble des sujets. Ils sont cependant inclus dans les grandes classes diagnostiques, i.e. ensemble des troubles de l'axe I, ensemble des troubles de l'axe II, etc. De plus, quelques sujets dont les réponses s'avèrent douteuses ont été éliminés de l'analyse suite à un examen des questionnaires.

Dans ce volet, les données sont pondérées, tel qu'il a été décrit dans la section précédente. L'utilisation de cette pondération permet d'obtenir un échantillon représentatif de la population journalière des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux fréquentant les ressources pour itinérants, et de pouvoir appliquer les inférences à toute cette population. Ainsi, la présente étude rejoint 439 personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux.

Pour l'analyse de régression, afin de mieux comprendre la relation entre les problèmes, l'utilisation récente et l'histoire de la maladie, les sujets retenus présentent les caractéristiques suivantes:

- Ils ont souffert d'un trouble mental de l'Axe I non lié aux substances (schizophrénie, autres troubles psychotiques, troubles bipolaires ou dépression) au cours de la dernière année, tel que mesurés par le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS-IV; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981), ou ont pris des médicaments tels des neuroleptiques, des antidépresseurs ou du lithium au cours de cette même période. Il est supposé que, sans ces médicaments, les symptômes seraient présents ou plus prononcés, ce qui aurait permis d'établir un diagnostic de

trouble mental pour cette période. De plus, cette définition correspond à la notion d'épisode, tel que décrit par Pescosolido (communication personnelle).

Pour ce volet, les données pondérées ont aussi été utilisées, ceci afin de donner un poids adéquat à chaque sujet. De plus, il faut noter qu'ici, seuls les sujets ayant répondu aux sections sur l'utilisation des services en santé mentale et sur le soutien social ont été retenus. En effet, ces sections étant situées vers la fin du questionnaire, un bon nombre de personnes, particulièrement celles souffrant de troubles mentaux graves, ont cessé de répondre en cours d'entrevue. Le nombre de sujets pour l'analyse de régression, puisqu'elle n'inclut que les personnes ayant eu un épisode de trouble mental au cours de la dernière année, et en comptant les quelques données manquantes, est de 234.

Enfin, pour l'analyse d'agrégats, les critères d'inclusion sont les mêmes que ceux du volet descriptif, puisqu'il s'agit de créer des profils de personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes, en tenant compte de leur carrière en tant que malade et de leur utilisation de services. Cependant, l'analyse d'agrégats ne permet pas d'utiliser une pondération puisque, selon la méthode décrite plus loin, les données sont standardisées lors du processus d'analyse.

Pour ce volet, tout comme pour le précédent, seuls les sujets ayant répondu aux sections sur l'utilisation des services en santé mentale et le soutien social ont été inclus dans l'analyse. Ces analyses portent donc sur un échantillon de 369 sujets, soit une proportion de 84%. Ce fait est peut être attribué à la fatigue ou au désintéressement des sujets lorsque le questionnaire est particulièrement long, comme celui qui était utilisé pour la présente étude (Polit & Hungler, 1987). Ainsi, on constate que le taux de non-réponse partiel augmente graduellement à mesure que l'entrevue progresse, passant de 5% au début, jusqu'au 15% pour les items des dernières sections telles

l'utilisation des services et le soutien social. Un examen approfondi de ces non-réponses indique que les personnes n'ayant pas répondu à toutes les sections ont significativement plus souvent eu des troubles mentaux au cours de la dernière année ( $\chi^2=7,32$ ;  $df=1$ ,  $p<,01$ ) et sont plus souvent atteints de schizophrénie ( $\chi^2=35,46$ ;  $df=1$ ,  $p<,001$ ). Il est cependant difficile de préciser l'effet de ces sujets manquant sur les résultats des analyses concernées, entre autres sur l'utilisation de services.

### Définitions opérationnelles des variables étudiées

*Variable dépendante: l'utilisation des services en santé mentale*

La variable dépendante consiste en l'utilisation d'un service quelconque pour des problèmes de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Cette variable constitue la variable dépendante de l'analyse de régression et est incluse dans l'analyse d'agrégats. Cette variable inclut les services suivants:

- Suivi professionnels actuel: Réponse à la question: "Recevez-vous toujours l'aide d'un professionnel (pasteur, médecin, psychiatre, cardiologue, psychologue, travailleurs social, infirmière spiritualiste, etc.) pour des problèmes émotionnels ou nerveux? (non, oui).
- Utilisation d'une urgence au cours de la dernière année: Réponse à la question: "Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous retrouvé à l'urgence d'un hôpital à cause de problèmes émotionnels ou nerveux?" (non, oui).
- Hospitalisation en psychiatrie au cours de la dernière année: Regroupement des réponses aux questions: "Avez-vous déjà été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux" (non, oui), "Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux" et "Quand avez-vous été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux la dernière fois?" Deux variables ont été créées: une variable polytomique: (pas hospitalisé la dernière année, hospitalisé la dernière année, hospitalisation antérieure à la dernière

année) et une variable dichotomique (pas hospitalisé la dernière année, hospitalisé la dernière année).

- Utilisation de psychothérapie, de programme de jour en santé mentale et de programme résidentiel: une variable dichotomique (pas d'utilisation la dernière année, utilisation la dernière année) a été créée pour chacun des types de traitement.

Les personnes ayant reçu un ou plusieurs des services précédents au cours de la dernière année était considérée comme ayant utilisé des services de santé mentale au cours de cette période (0=pas d'utilisation ; 1=utilisation).

### *Variables indépendantes*

Les variables indépendantes sont groupées en quatre catégories : les données sociodémographiques, les caractéristiques de la maladie, la «carrière en tant que malade» et le réseau de soutien social.

#### *Les caractéristiques sociodémographiques sont mesurées par:*

- Sexe: 1=masculin, 2=féminin.
- Âge: variable continue pour l'analyse de régression.
- Statut matrimonial: 1=en couple, 2=seul (veuf, séparé, divorcé, célibataire).
- Scolarité: 4 niveaux: 1=primaire, 2=secondaire, 3=collégial, 4=universitaire.
- Statut domiciliaire: 1=sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois, 2= sans domicile fixe antérieurement, mais pas au cours des 12 derniers mois, 3= jamais été sans domicile fixe.

### *Caractéristiques de la maladie*

- Âge au début de la maladie: variable continue, extraite de diverses sections du DIS, selon le diagnostic. Si la personne a présenté plusieurs diagnostics au cours de sa vie, le plus jeune âge a été pris en compte.
- Période de temps écoulée depuis le début de la maladie : variable continue, en années, extraite de diverses sections du DIS, selon le diagnostic. Cette variable consiste en la différence entre la date de l'entrevue et l'âge au début de la maladie. Si la personne a présenté plusieurs diagnostics au cours de sa vie, le plus jeune âge a été pris en compte.
- Diagnostic psychiatrique: 2 variables:
  - Troubles de l'axe 1: 1=problème actuel (dernière année), 2=problème antérieur à la dernière année. N'incluent pas les troubles liés à des substances. Établi à partir du DIS, selon les sections concernées ;
  - Troubles de l'axe 1 à vie: 1=troubles schizophréniques, psychotiques ou cognitifs, 2=troubles affectifs (dépression majeure, dysthymie, troubles bipolaires et cyclothymiques). N'incluent pas les troubles d'abus de substances, ni les troubles de jeu pathologique seuls. Établi à partir du DIS, selon les sections concernées. Lorsque la personne présentait plusieurs diagnostics, le diagnostic le plus grave a été conservé. Ainsi, pour les personnes ayant reçu des diagnostics de dépression majeure et de schizophrénie, ce dernier diagnostic était utilisé.
- Troubles liés à une substance:
  - Troubles liés à l'usage d'alcool (abus ou dépendance): 0= Pas de problème, 1=problème actuel (dernière année), 2=problème antérieur à la dernière année. Mesurés par le CIDIS.

- Troubles liés à l'usage de drogue: 0= Pas de problème, 1=problème actuel (dernière année), 2=problème antérieur à la dernière année.

*La « carrière en tant que malade »* est mesurée par:

- Nombre de périodes de rémission: variable continue; selon les sections du DIS concernées. Lorsque la personne avait reçu plusieurs diagnostics, les périodes de rémission représentent les périodes où la personne ne présentait aucun symptôme, selon ses dires.
- Nombre d'hospitalisations en psychiatrie: variable continue, mesurée selon le questionnaire d'utilisation des services en santé mentale

*Le réseau social* est mesuré par le *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS; Barrera, 1980). Ses dimensions sont:

- Taille:
  - taille totale du réseau : nombre de personnes nommées pour l'ensemble des fonctions suivantes (possibilité de 1 à 12 pour l'ensemble des fonctions):
    - parler des sentiments personnels,
    - recevoir de l'assistance physique et matérielle,
    - recevoir des conseils et de la rétroaction positive,
    - avoir des activités sociales,
    - vivre des interactions négatives et
    - recevoir du soutien relatif à la santé;
  - taille selon les fonctions: nombre de personnes nommées pour chacune des fonctions précédentes;
  - taille selon les liens: nombre de personnes nommées pour chacun des liens suivants:

- famille;
  - amis et membres informels du réseau
  - membres formels, c.-à-d. des personnes dont c'est le travail d'aider les personnes dans le besoin (ex. intervenant du refuge)
  - personnes fréquentant les refuges
- Ratio selon les liens: ratio qui correspond à la proportion, traduite en pourcentage, qu'un type de lien particulier représente relativement au nombre total de personnes nommées. Par exemple, si un répondant nomme quatre personnes et que, parmi ces dernières, deux sont des membres de la famille, le ratio sera de 50% pour ce type de lien.
  - Satisfaction face au réseau de soutien: évaluée relativement à chaque fonction du soutien social. Pour chacune de ces fonctions, le répondant devait choisir une des trois réponses suivantes: 1) il aurait voulu recevoir beaucoup plus de soutien, 2) il aurait voulu recevoir un peu plus de soutien ou 3) le soutien était adéquat. La moyenne a été établie pour chacune des fonctions.

### **Instruments**

Afin de répondre aux objectifs spécifiques de la présente recherche, des instruments ont été choisis ou développés par le candidat en collaboration avec l'équipe de recherche.

#### *Utilisation des services*

L'instrument pour mesurer l'utilisation des services de santé mentale est le même que celui utilisé par Fournier (1991) lors de l'enquête de 1988. Il comporte trois parties : la première porte sur les hospitalisations, la deuxième sur d'autres formes de services, et la troisième sur différentes formes de traitement reçues à cause de

problèmes de drogue ou d'alcool. Ce questionnaire s'inspire largement de trois autres questionnaires utilisés avec des populations itinérantes : ceux de Farr, Koegel, et Burnam (1986), Morse et al.(1985) et Roth, Bean, Lust et Saveanu (1985). Quelques items ont été ajoutés afin de mesurer les barrières à l'utilisation des services. Cette section affiche un taux de non réponse de 8,1%. Dans l'enquête principale, les personnes ayant omis cette section présentent plus de troubles mentaux que les autres --73% vs 60% de troubles de l'axe I à vie --, puisque ce questionnaire se situait vers la fin de l'entrevue. Il est cependant difficile de présumer de l'utilisation des services de santé mentale par ces personnes.

#### *Caractéristiques sociodémographiques et instabilité résidentielle*

Des caractéristiques sociodémographiques habituelles, ont été recueillies à l'aide d'un instrument déjà utilisé lors d'une étude antérieure auprès de cette clientèle (Fournier, 1991). Quelques questions provenant de l'Enquête Santé-Québec ont été ajoutées. Les plus pertinentes pour la présente étude concernent le sexe, l'âge, le statut matrimonial, la scolarité et le revenu. De plus, nous avons utilisé des questions concernant le statut domiciliaire provenant aussi de l'enquête de Fournier (1991).

#### *Santé mentale*

Le Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981) a été employé pour identifier les troubles mentaux dont souffrent les personnes qui fréquentent les ressources pour itinérants et, le cas échéant, pour sélectionner les sujets faisant partie de l'étude. Seules les sections suivantes de cet instrument ont été utilisées : schizophrénie, troubles schizophréniformes, trouble schizo-affectif, troubles affectifs (dépression majeure, dysthymie, hypomanie, manie, troubles bipolaires I et II), trouble de personnalité antisociale et jeu pathologique. Cet instrument ne nécessite pas que l'interviewer soit psychiatre ou clinicien. Il a été utilisé non seulement dans plusieurs enquêtes, dont une où environ 20 000 personnes ont été

interrogées (Robins et al., 1984) mais aussi auprès d'itinérants (Fischer et al., 1985; Farr et al., 1986, Fournier, 1991). Lors d'une première validation (Robins, Helzer, Ratcliff, & Seyfried, 1982), il a été démontré que cet instrument obtenait de bons résultats de la part d'un interviewer sans formation clinique. La spécificité dépassait 84% pour tous les diagnostics et la sensibilité, plus faible, atteignait plus de 75% pour les troubles organiques, les troubles liés à l'abus de substances, la dépression et la personnalité antisociale (schizophrénie: 60%; manie: 65%) (Robins et al., 1982). Une étude récente auprès d'itinérants (North et al., 1997) a comparé le DIS avec le jugement d'un psychiatre : on note une sous-estimation par le DIS des troubles de personnalité antisociale et une surestimation des troubles de dépression majeure. Il ne présente que peu de variation avec le jugement du psychiatre pour ce qui est de la schizophrénie et des troubles reliés à l'usage d'alcool. Helzer et al. (1985) considèrent que dans la population en général, les sujets souffrant de troubles mentaux se retrouveraient au seuil de la définition d'un trouble mental spécifique, ce qui peut entraîner un taux de désaccord plus élevé. Or, Fournier (1991) souligne que les itinérants ont une symptomatologie plus évidente que dans l'ensemble de la population et qu'ils ressemblent davantage à des cas cliniques. Pour cette population, le DIS devrait donc s'avérer plus précis que dans la population en général et être assez sensible pour détecter les personnes atteintes de troubles mentaux.

#### *Troubles reliés à l'usage de substances*

Le *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (CIDIS; Kovess et Fournier, 1990) a permis d'évaluer les troubles liés à la consommation de substances. Il s'agit d'une version simplifiée du CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), un instrument aux propriétés psychométriques connues. Nous avons utilisé la version la plus récente, permettant de tenir compte des critères du DSM-IV. Cette nouvelle version n'a pas été validée, mais la précédente, basée sur le DSM-III-R l'avait été (Kovess, Fournier, Lesage, Amiel-Lebigre, & Caria, 2001). L'accord inter-juges

entre le CIDIS et un groupe de cliniciens s'est révélé bon pour les troubles liés à l'alcool ( $\kappa=0,70$ ) et passable pour ceux liés à la drogue ( $\kappa=0,43$ ). Cependant, pour cette dernière donnée, peu de sujets présentaient ce type de problème.

### *Soutien social*

Les caractéristiques du réseau social ont été évaluées à l'aide du *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS; Barrera, 1980), lequel permet de mesurer à la fois la taille du réseau de soutien et la satisfaction du répondant face au soutien apporté. Cette section affiche un taux de non réponse de 12,0%. Or, dans l'enquête principale, les personnes ayant omis cette section présentent plus de troubles mentaux que les autres --81% contre 60% de troubles de l'axe I à vie --, puisque ce questionnaire se situait vers la fin de l'entrevue. Cependant, on n'y constate pas de différence significative entre les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et les autres personnes fréquentant les ressources pour itinérants quant au nombre de personnes dans leur réseau ( $t=1,27$ ;  $df=339$ ;  $p=n.s.$ ).

Pour déterminer la taille du réseau de soutien, le répondant doit donner le nom de personnes correspondant à six descriptions de fonctions de soutien ayant été effectivement fourni à l'itinérant au cours du mois précédant l'entrevue : occasion de parler de ses émotions, aide matérielle, avis et informations, rétroaction positive et participation sociale. Les personnes ayant fourni au moins une forme de soutien sont comptabilisées afin de mesurer la taille du réseau de soutien. Ce volet a obtenu un coefficient de fidélité test-retest de 0,88 (Barrera, 1981). Un deuxième volet permet, à l'aide d'une question supplémentaire, d'identifier des personnes qui sont sources de conflits. Pour chacun des types de soutien, les sujets sont appelés à préciser leur satisfaction face à ce soutien, et les réponses sont additionnées pour créer un score global de satisfaction. Pour la présente recherche, quelques changements ont été apportés afin de réduire la durée de l'interview tout en permettant de répondre aux buts

de l'étude. Ainsi, les fonctions d'assistance physique et matérielle ont été fusionnées, tout comme les conseils et la rétroaction positive.

Un groupe de questions a par ailleurs été ajouté afin de mesurer le soutien apporté relativement à la santé, ainsi que la satisfaction face à ce soutien. Cependant, la question portant sur le soutien relatif à la santé était posée différemment. Ainsi, au lieu de demander quelles sont les personnes remplissant cette fonction, la question posée était: «Parmi ces personnes (celles déjà nommées), lesquelles vous ont réellement donné des conseils ou ont pris soin de vous lorsque vous aviez des problèmes de santé?» Si la question relativement à cette fonction avait été posée de la même façon que les autres, il est possible que plus de personnes informelles aient été nommées. Les données ne permettent pas de préciser l'ampleur de cette sous-estimation.

### **Analyses**

Dans un premier temps, les données ont été nettoyées afin de vérifier les erreurs possibles, les données manquantes ou aberrantes. Trois types d'analyses servent à répondre à des questions différentes. Premièrement, des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows version 10. Ainsi les principales variables décrites dans le modèle d'analyse présenté dans le chapitre précédent (Figure 2) sont décrites afin de mieux connaître la population à l'étude.

Deuxièmement, des analyses ont été réalisées afin d'identifier les prédicteurs de l'utilisation des services par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, une analyse de régression logistique hiérarchique permet, en considérant l'utilisation ou non des services professionnels comme une variable dichotomique, de vérifier la contribution de chaque bloc du modèle de Pescosolido, ainsi que les principales variables de ces blocs. Cette utilisation a été

opérationnalisée par l'utilisation d'un service quelconque pour des problèmes de santé mentale au cours des 12 derniers mois, régressés sur les groupements suivants: 1) caractéristiques sociodémographiques; 2) caractéristiques de la maladie; 3) «carrière en tant que malade»; 4) réseau social. Ces variables ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows version 10. L'analyse de régression logistique hiérarchique utilisée est de type «enter», c.-à-d. que toutes les variables, significatives ou non, sont conservées à chaque étape. Les cas extrêmes ont été vérifiés à l'aide des distances de Cook et des résidus, et trois cas extrêmes ont dû être écartés de l'analyse, suite à cette étape.

Plusieurs considérations ont été prises en compte pour le choix des variables indépendantes de l'analyse de régression. D'une part, il fallait s'assurer que les variables choisies seraient les plus représentatives possible des blocs décrits dans le modèle inspiré de Pescosolido. D'autre part, il fallait éviter les variables pour lesquelles il y avait plusieurs données manquantes, soit à cause de la structure du questionnaire (ex. la fidélité à la médication) ou de la clientèle (ex. utilisation des services). Enfin, le nombre de sujets de l'étude, bien que respectable, exigeait une certaine parcimonie dans le nombre des variables. Donc, comme il a été suggéré par Hosmer et Lemeshow (1989), les variables catégorielles ont été croisées avec la variable dépendante, afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de cases vides et qu'elles présentaient un lien significatif avec la variable dépendante. Les variables continues ont été testées à l'aide de corrélations simples, afin de connaître leur contribution à l'explication de la variable dépendante (Annexe 1). Ces analyses de corrélation ont permis d'identifier les sources de collinéarité possible entre les variables indépendantes; il ressort qu'aucune source de collinéarité n'a été constatée. Seules les variables qui se sont révélées significativement reliées à l'utilisation de services en santé mentale ou qui étaient théoriquement pertinentes ont été conservées pour l'analyse finale. Selon les recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989), qui considèrent cette

statistique trop restrictive, le seuil de signification pour la statistique de Wald a été fixé à 0,10 pour l'analyse de régression logistique. Les cas extrêmes ont été vérifiés pour ces variables et, éventuellement, exclus de l'analyse.

Ensuite, conformément à la suggestion de Pescosolido (1991) des analyses d'agrégats sont effectuées, en utilisant les variables significatives lors de l'étape précédente, afin d'identifier des groupes d'utilisateurs de services parmi les itinérants atteints de troubles mentaux. Ainsi, les variables sociodémographiques, les caractéristiques de la maladie, les variables liées à la carrière en tant que malade, celles qui concernent le soutien social et l'utilisation de services en santé mentale ont été incluses dans l'analyse d'agrégats. Pour ce faire, la méthode décrite par Lorr (1983; Rapkin & Luke, 1993) a été utilisée. Cette méthode comporte les étapes suivantes:

1) *l'identification des cas pour l'analyse*: Deux étapes importantes sont réalisées à ce stade, soit l'identification des cas extrêmes et des données manquantes. Les analyses précédentes avaient permis d'identifier quelques sujets présentant des données extrêmes. Concernant les données manquantes, il a été décrit plus haut que seuls les sujets ayant répondu aux sections de l'utilisation des services et du soutien social ont été conservés. Quelques autres sujets (n=4) présentaient des données manquantes quant à leur âge et leur consommation d'alcool et ont été rejetés, puisque la méthode ne permettait pas d'inclure de sujets avec des données manquantes.

2) *la sélection, la réduction et la formation d'échelles*: Les variables conservées sont majoritairement celles qui sont ressorties comme significatives lors des analyses de régression précédentes et quelques-unes, surtout des variables sociodémographiques (âge, itinérance), qui apparaissaient importantes au point de vue théorique.

3) *la dérivation de la proximité ou de la distance entre les cas*: La méthode de Gower a été utilisée comme mesure de distance. Cette méthode est

unique car elle permet d'utiliser simultanément des variables de différents niveaux de mesure, soit des variables dichotomiques, des variables nominales et des variables continues afin d'extraire la distance entre elles (Aldenderfer & Blasfield, 1984). Cette méthode est représentée par la formule suivante:

$$S_{ij} = \sum_{K=1}^p S_{ijk} / \sum_{K=1}^p W_{ijk}$$

où  $W_{ijk}$  est une variable de poids ayant 1 comme valeur si la comparaison avec la variable  $k$  est considérée comme valide et 0 si elle ne l'est pas.  $S_{ij}$  représente un score de similarité basé sur la comparaison de la variable  $k$  pour les cas  $i$  et  $j$ . Cette méthode a été utilisée avec succès par Shepherd (1999). Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS 6.13, ce logiciel étant le seul permettant d'utiliser la distance de Gower à l'aide d'une macro.

4) *le choix de l'algorithme d'agrégats*: La méthode de Ward est une méthode fréquemment utilisée pour analyser les agrégats (Lorr, 1983). Cette méthode a été conçue pour optimiser la variance minimale à l'intérieur des agrégats. Elle tend à constituer des agrégats de tailles relativement égales et est reconnue pour trouver une structure dans les données (Blasfield & Aldenderfer, 1988).

5) *la détermination du nombre d'agrégats*: Le nombre d'agrégats a été déterminé à l'aide des dendogrammes et des données statistiques fournies par le logiciel SAS ver 6.13, soit le  $R^2$ , le pseudo  $F$  et le pseudo  $T^2$ , qui permettent d'identifier les points de changement dans les agrégats.

6) *l'interprétation des profils d'agrégats, et la détermination de la stabilité et de la validité des agrégats*; ces derniers aspects sont discutés dans la présentation des résultats.

### Considérations éthiques

Le projet a été examiné et accepté par le comité d'éthique et de recherche de Santé-Québec. De plus la présente étude a reçu l'autorisation d'utiliser les données par l'Institut de la statistique du Québec (Annexe 2). Par ailleurs, la personne itinérante a signé un formulaire de consentement décrivant explicitement ce qui lui est demandé, les conditions de recherche, la méthode utilisée pour conserver les données, celles pour les garder anonymes et pour permettre à la personne de se rétracter si elle le juge nécessaire (Annexe 3). De plus, la personne était avisée qu'elle peut en tout temps se retirer de la recherche sans qu'il ne lui soit causé aucun préjudice. Ce formulaire devait, dans le cas présent, être soigneusement expliqué au sujet. En effet, puisque plusieurs personnes participant à l'étude souffrent de troubles mentaux graves et ne sont pas nécessairement traitées, il était possible qu'elles ne puissent comprendre clairement ce qu'implique leur participation ou interpréter ce qui est écrit.

La confidentialité est un point crucial dans ce type d'étude. Ainsi, les informations n'ont jamais été divulguées de façon à ce qu'une personne soit reconnue. À cet effet, les informations nominales (nom, numéro d'assurance maladie, d'aide sociale) ont été conservées séparément des autres informations. Seul le personnel de recherche avait accès aux données nominales. Si, au cours de cette recherche, des personnes itinérantes présentaient des problèmes et demandaient de l'aide, elles étaient dirigées vers les intervenants du centre, vers ceux du CLSC ou encore vers ceux d'autres ressources. Les interviewers ont été formés à cet effet et avaient les coordonnées de référence avec eux.

**Chapitre 4**  
**Résultats**

Le chapitre des résultats se divise en plusieurs sections afin de répondre aux questions de recherche. Dans un premier temps, les données descriptives (données sociodémographiques et caractéristiques de la maladie, «carrière en tant que malade», système de soutien social et utilisation des services) seront présentées. Ensuite, les résultats des analyses de régression logistique seront décrits. Enfin, les résultats de l'analyse d'agrégats permettront de décrire les types d'itinérants selon leur utilisation de services.

### **Données descriptives**

Cette section des analyses décrit les principales caractéristiques des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Les pourcentages présentés proviennent des données pondérées, tel qu'il a été décrit plus haut. Le lecteur notera cependant que le nombre de sujets pour ces pourcentages est celui de la population, non pondéré, à laquelle il se rapporte. Ainsi, il est possible que les tableaux présentent quelques minimes incongruités entre les pourcentages et les nombres de sujets.

#### *Données sociodémographiques et caractéristiques de la maladie*

Les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sont majoritairement des hommes et la plupart sont célibataires (Tableau 1). Le groupe d'âge le plus nombreux est celui des 30 ans à 44 ans, suivi de près de celui des 45 ans et plus. Près des deux tiers ont cessé leurs études au niveau secondaire et la source de revenus pour 89,4% de la population à l'étude est l'aide sociale (donnée non présentée). Plus de la moitié n'ont pas vécu avec quelqu'un en couple au cours des cinq dernières années et environ la même proportion n'a pas d'enfant (donnée non présentée).

Le tableau 2 décrit les problèmes de santé mentale de l'axe I (troubles affectifs, schizophréniques, cognitifs ou jeu pathologique) et de l'axe II (troubles

**Tableau 1. Genre, âge, statut matrimonial et niveau de scolarité des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux (n=439)**

	%
<b>Genre</b>	
Masculin	83,0
Féminin	17,0
<b>Âge</b>	
18 à 29 ans	20,7
30 à 44 ans	43,8
45 ans et plus	35,5
<b>Statut matrimonial</b>	
Marié	1,6
Veuf	2,7
Séparé	7,8
Divorcé	15,2
Célibataire	72,6
<b>Scolarité</b>	
Niveau primaire	13,5
Niveau secondaire	61,0
Niveau collégial	14,0
Niveau universitaire	11,5

de personnalité antisociale), selon les critères du DSM-IV. Ainsi, près de la moitié de la population à l'étude souffraient de troubles affectifs au cours des 12 derniers mois et près du tiers en avait déjà souffert par le passé. La dépression majeure représente le diagnostic le plus fréquent chez ces personnes, suivi de la schizophrénie. Environ 20% des personnes sont atteintes de troubles liés à la schizophrénie ou à d'autres problèmes psychotiques. Le diagnostic de schizophrénie a été présent chez 16% de ces personnes au cours de la dernière année. Ce diagnostic semble plutôt chronique, puisque seulement 2% des itinérants semblent maintenant en rémission totale. Près de 10% ont souffert de jeu pathologique au cours de leur vie.

**Tableau 2. Troubles mentaux (n=439)<sup>1</sup>**

	jamais de problème %	problème la dernière année %	problème antérieur à la dernière année %
Dépression majeure	44,0	30,9	25,0
Trouble bipolaire	83,5	9,7	6,8
Trouble dysthymique	98,0	1,9	0,1
Autres troubles affectifs	90,3	6,2	3,4
Total des troubles affectifs	19,7	47,8	32,5
Schizophrénie	81,1	16,5	2,4
Trouble schizophréniforme	99,9	0,1	0,0
Trouble schizo-affectif	96,5	2,6	0,9
Total des troubles schizophréniques et psychotiques	76,3	21,5	2,1
Total des troubles de l'axe I	0,0	71,6	28,4
Trouble de personnalité antisociale (n=426) <sup>1</sup>	67,1	19,5	13,4

1. La différence dans le nombre de sujets provient de l'omission de certaines sections ou de questions, ce qui rendait impossible l'établissement du diagnostic.

On constate aussi que dans 72% des cas, le trouble mental de l'axe I était présent dans la dernière année. Enfin, parmi les troubles de l'axe II, le seul qui ait été mesuré systématiquement chez tous les répondants est le trouble de personnalité antisociale, lequel était présent chez près d'un tiers des sujets sur le cours de leur vie.

Par ailleurs, près des deux tiers de la population à l'étude ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie et 38% au cours de la dernière année (Tableau 3). On note aussi que 43% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont tenté de se suicider au cours de leur vie et 28% de l'ensemble des répondants ont tenté de se suicider plus d'une fois, soit le tiers de ceux ayant tenté de se suicider. Au cours de la dernière année, près de 12% de la population à l'étude a tenté de se suicider. Enfin, 64% des personnes ayant fait une tentative de suicide ont dû être hospitalisées suite à ce geste.

**Tableau 3. Variables relatives aux idées et tentatives de suicide (n=423)**

	%
Pensées suicidaires à vie	62,5
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	37,9
Tentative de suicide à vie	43,1
Plusieurs tentatives de suicides	28,4
Tentative de suicide au cours des 12 derniers mois	11,8
Hospitalisation suite à tentative de suicide (n=199)	64,1

Le tableau 4 décrit la prévalence des troubles reliés à l'usage de substance, ce qui inclut l'abus ou la dépendance face à l'alcool ou à la drogue. Ainsi, on constate que plus du tiers des personnes sont actuellement aux prises avec un trouble lié à l'usage d'alcool et le sont dans une proportion similaire avec un trouble lié à la drogue. Enfin, les deux troubles combinés affectent près de la moitié des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sur une période d'un an. À cela s'ajoute près de 20% des personnes qui ont déjà souffert de ce type de trouble par le passé.

**Tableau 4. Troubles liés à l'usage d'une substance**

	jamais de problème	problème dernière année	problème antérieur à dernière année
	%	%	%
Troubles liés à l'alcool (n=430)	46,2	35,8	16,9
Troubles reliés à la drogue (n=426)	48,3	29,5	20,3
Troubles reliés à l'alcool ou à la drogue (n=426)	30,5	49,3	18,9

L'ensemble des troubles présentés par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux peuvent être classés en trois grandes catégories, et les personnes peuvent cumuler des troubles de chacune de ces catégories: troubles de l'axe I (sauf abus/dépendance aux substances et à l'alcool), troubles de l'axe II et troubles liés aux substances (drogues et alcool). Il ressort qu'au cours de la dernière année, 40,1% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ne présentaient qu'un type de problèmes, 31,1% en présentaient deux, 13,4%

cumulaient les trois types et 15,4% ne présentaient que des troubles antérieurs à la dernière année (données non présentées).

Pour ce qui est des données relatives à l'itinérance (Tableau 5), près de 80% des personnes atteintes de troubles mentaux fréquentant les ressources pour personnes itinérantes avaient déjà été sans domicile fixe au cours de leur vie et environ 34% l'étaient au cours de l'année précédant l'entrevue. Près des deux tiers des personnes ayant déjà été sans domicile fixe ont vécu leur première période d'itinérance avant l'âge de 30 ans. Enfin, 23% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont été sans domicile fixe seulement une fois alors que 29% l'ont été cinq fois ou plus.

**Tableau 5. Variables relatives à l'itinérance**

	%
<b>Sans domicile fixe (n=439)</b>	
12 derniers mois	33,8
Antérieurement à 12 derniers mois	45,6
Jamais été SDF	20,6
<b>Âge du début de l'itinérance (n=360)</b>	
0 à 18 ans	32,1
19 à 29 ans	32,8
30 à 44 ans	22,8
45 ans et plus	12,3
<b>Nombre de périodes sans domicile fixe au cours de la vie (n=346)</b>	
Aucune période	21,8
1 période	23,5
2 périodes	15,0
3 périodes	7,7
4 périodes	3,1
5 périodes et plus	28,9

*«Carrière en tant que malade»*

Les résultats relatifs à la «carrière en tant que malade» incluent toute l'histoire de la maladie et l'itinéraire de soins de la personne au cours de ces années, s'il y a lieu. Le tableau 6 présente quelques variables concernant l'histoire

de la maladie chez la population à l'étude. Ainsi, les troubles mentaux ont commencé avant 19 ans pour environ 35% de la population à l'étude, et entre 19 et 29 ans également pour 35% de cette même population. Notons que les troubles mentaux ont commencé avant la première période d'itinérance pour environ 60% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et que, pour 16%, les deux ont commencé la même année (n=308 ; données non présentées). Plus de 13% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont eu cinq hospitalisations et plus, alors que 57% n'en ont eu aucune. Pour plus de 40% de celles ayant été hospitalisées, la plus longue hospitalisation avait duré plus de 13 semaines (donnée non présentée).

Par ailleurs, le tableau 6 décrit l'utilisation d'autres services auxquels les personnes de l'étude ont pu avoir recours pour des troubles mentaux. Ainsi, environ le tiers des personnes atteintes de troubles mentaux ont eu recours à des services de psychothérapie au cours de leur vie, alors que, respectivement, environ 16% et 12% ont bénéficié d'un programme de traitement de jour et d'un programme résidentiel.

L'hospitalisation constitue la plupart du temps la porte d'entrée dans le rôle de patient, tel que décrit par Pescosolido (1998). Puisque la carrière en tant que malade est définie comme une suite d'entrées et de sorties, et que le lien des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux avec les services est problématique, tel que discuté précédemment, il apparaît pertinent de décrire ces sorties d'hospitalisation. Ainsi, lors de leur dernière hospitalisation, environ le tiers des personnes n'étaient pas d'accord avec cette hospitalisation et 30% n'étaient pas d'accord avec le traitement proposé (Tableau 7). De plus, on constate que 28% ont quitté avant la fin de leur traitement, soit en signant un refus de traitement ou simplement en quittant l'hôpital avant la fin du traitement. Enfin, près d'un tiers considèrent que cette hospitalisation ne leur a pas été utile.

**Tableau 6. Variables relatives à l'histoire des troubles mentaux**

	%
<b>Âge au début des troubles mentaux (n=370)</b>	
0 à 18 ans	35,5
19 à 29 ans	34,8
30 à 44 ans	20,3
45 ans et plus	9,4
<b>Déjà hospitalisé pour des problèmes nerveux (n=394)</b>	
Non	56,5
Oui	43,5
<b>Âge à la première hospitalisation en psychiatrie (n=165)</b>	
0 à 18 ans	19,3
19 à 29 ans	50,7
30 à 44 ans	17,4
45 ans et plus	12,5
<b>Nombre d'hospitalisations en psychiatrie (n=391)</b>	
Aucune	57,1
1 hospitalisation	20,8
2 hospitalisations	3,3
3 hospitalisations	2,5
4 hospitalisations	2,8
5 hospitalisations et plus	13,6
<b>Utilisation de psychothérapie à vie (n=390)</b>	
Aucune utilisation	65,1
Utilisation de psychothérapie	34,9
<b>Utilisation d'un programme de traitement de jour à vie (n=392)</b>	
Aucune utilisation	84,2
Utilisation d'un programme de traitement de jour	15,8
<b>Utilisation d'un programme résidentiel (n=391)</b>	
Aucune utilisation	88,3
Utilisation d'un programme résidentiel	11,7

La prise de médicaments psychiatriques constitue une étape de la carrière en tant que malade, selon Pescosolido. Ainsi, près de 60% des répondants ont déjà pris des médicaments psychiatriques (Tableau 8). Plus de 40% des personnes prenant de tels médicaments ont commencé à le faire entre 19 ans et 29 ans, et près de la moitié en ont pris pour la dernière fois il y a moins d'un an.

**Tableau 7. Accord avec le traitement et congé d'hospitalisation (n=131)**

	%
<b>D'accord avec la dernière hospitalisation</b>	
Non	34,8
Oui	65,2
<b>D'accord avec le traitement proposé</b>	
Oui, la plupart du temps	56,0
Des fois oui, des fois non	13,6
Non, la plupart du temps	30,4
<b>A signé un refus de traitement ou quitté l'hôpital avant la fin du traitement</b>	
Non	71,4
Oui	28,6
<b>Considère que l'hospitalisation a été utile</b>	
Non	30,9
Oui	69,1

**Tableau 8 . Variables relatives à la prise de médicaments psychiatriques**

	%
<b>Médicaments psychiatriques prescrits (n=393)</b>	
Non	42,1
Oui	57,9
<b>Âge au début de l'utilisation de médicaments psychiatriques (n=237)</b>	
0 à 18 ans	27,7
19 à 29 ans	38,5
30 à 44 ans	28,4
45 ans et plus	5,4
<b>Prise de médicaments la dernière fois (n=237)</b>	
Moins de 12 mois	48,2
1 an et plus	51,8

Le modèle de Pescosolido met l'accent sur l'assiduité au traitement comme élément important de la carrière en tant que malade. Le tableau 9 décrit l'assiduité à la médication au cours de la dernière année. Une évaluation de l'assiduité sur une période plus longue serait sujette à des biais de mémoire. Il ressort que 42% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ayant pris des médicaments psychiatriques durant la dernière année considèrent prendre parfois ou jamais leurs médicaments tel que prescrit. Le quart de ces personnes rapportent des effets secondaires assez ou très graves. Environ la moitié des personnes ayant

pris de tels médicaments considèrent que les médicaments sont moyennement, un peu ou pas du tout efficaces pour contrer les symptômes reliés à leurs troubles mentaux plus de la moitié se disent assez ou très satisfaits relativement au fait de devoir prendre des médicaments psychiatriques.

**Tableau 9. Caractéristiques de la prise de médicaments psychiatriques au cours de la dernière année**

	%
<b>Prise de médicament tel que prescrit (n=142)</b>	
Toujours	49,5
Assez souvent	8,2
Parfois	11,5
Jamais	30,8
<b>Effets secondaires (n=140)</b>	
Aucun	48,9
Légers	26,1
Assez graves	18,4
Très graves	6,7
<b>Perception de l'efficacité des médicaments (n=138)</b>	
Pas du tout	14,1
Un peu	14,2
Moyennement	22,6
Beaucoup	31,0
Éliminent tous les symptômes	18,1
<b>Satisfaction face au fait de prendre des médicaments (n=138)</b>	
Pas satisfait	17,7
Un peu satisfait	18,8
Ni satisfait ni insatisfait	8,4
Assez satisfait	26,3
Très satisfait	28,8

### *Réseau de soutien social*

Un autre élément important du modèle de Pescosolido est le réseau de soutien social. En effet, il est suggéré que les membres du réseau qui entourent la personne atteinte d'un trouble mental, sont souvent ceux qui constatent qu'il y a un problème et qui amènent le client à l'hôpital lors d'une rechute.

Le tableau 10 présente la taille du réseau de la population à l'étude. Ainsi, les répondants nomment, en moyenne, environ trois membres du réseau et la plupart de ces membres sont des membres informels, c.-à-d. que ce ne sont pas des personnes ou des groupes dont le travail consiste à leur apporter de l'aide. Par ailleurs, 5,5% des itinérants ne peuvent nommer aucune relation faisant partie de leur réseau social (donnée non présentée).

**Tableau 10. Nombre moyen de personnes offrant du soutien social (n=381)**

Variable	Moy.	E.T.
Nombre total de membres	3,4	2,3
Nombre de membres informels	2,6	1,9
Nombre de membres formels	0,8	1,2

Le tableau 11 présente de façon plus précise le lien entre la personne itinérante atteinte de troubles mentaux et les membres de son réseau. Ainsi, chaque répondant nomme, en moyenne, presque deux relations faisant partie des amis et connaissances, soit plus de la moitié des personnes nommées. Un peu plus d'une personne est identifiée par chaque répondant comme fréquentant les ressources pour itinérants, soit près de 30% de leur réseau. Les groupes et individus formels, qui comptent pour plus de 20% des personnes nommées, sont des personnes (ex.: travailleur social, responsable du refuge, infirmière) ou des groupes (ex.: les responsables du refuge) dont le travail consiste à apporter de l'aide.

**Tableau 11. Nombre de personnes du réseau de soutien selon le type de lien (n=381)**

	Nombre de personnes	% <sup>1</sup>
Membres de la famille	0,6	18,1
Groupes et individus formels	0,8	21,2
Amis, connaissances et groupes informels	1,9	53,7
Personnes ou groupes fréquentant les ressources	1,1	28,7

Note : le pourcentage représente un ratio qui correspond à la proportion qu'un type de lien particulier représente relativement au nombre total de personnes nommées par chaque répondant.

Il a été demandé, pour chacune des fonctions, quels étaient les individus ou groupes pouvant remplir ce rôle. Ainsi, on constate (Tableau 12) que l'aide apportée par le plus de personnes pour chaque répondant est celle relative aux sentiments personnels, suivie de près par les conseils et la rétroaction positive, et les activités sociales. Le soutien à la santé et les interactions négatives avec le répondant sont les types de soutien qui comptent le moins de personnes. Toutefois, ces deux questions doivent être interprétées avec prudence, car tel que décrit dans la méthode, les répondants n'avaient pas la possibilité de rajouter des noms pour ces fonctions, ce qui peut avoir réduit le nombre de relations identifiées.

**Tableau 12. Nombre moyen de personnes offrant du soutien social selon les fonctions (n=381)**

Variable	Moy.	E.T.
Soutien social sentiments	1,5	1,6
Soutien social conseil et rétroaction positive	1,4	1,6
Soutien social activités sociales	1,2	1,6
Soutien social assistance physique	1,0	1,3
Soutien social relié a la santé	0,8	1,5
Soutien social négatif	0,5	0,8

Enfin, les personnes devaient évaluer leur satisfaction concernant le soutien reçu relativement aux différentes fonctions remplies par les membres du réseau. Les scores de satisfaction varient entre 2,2 et 2,7 sur 3 (résultats non présentés). La cote la plus faible visait les conseils et la rétroaction positive, et la plus élevée, le soutien relié à la santé. Les répondants tendent donc à trouver que le soutien est généralement adéquat.

### *Utilisation des services*

Le dernier bloc de variables du modèle concerne l'utilisation des services. Le tableau 13 décrit l'utilisation de quelques types de services au cours de la dernière année. Il appert que près de 10% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont été hospitalisées en psychiatrie au cours de la dernière année, et un peu plus se sont présentées à l'urgence pour des troubles émotionnels. Il a aussi été demandé aux personnes si elles recevaient l'aide de professionnels au moment de l'entrevue; 36% recevaient une telle aide. Par ailleurs, on constate que 13% des personnes ont suivi une psychothérapie sur une base régulière au cours de la dernière année, 4% ont bénéficié d'un traitement de jour (ex.: un hôpital de jour ou un club psychosocial) pour des problèmes émotionnels ou nerveux et 1% ont profité d'un programme résidentiel. Si l'on regroupe tous ces services, il ressort que 44% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont utilisé un

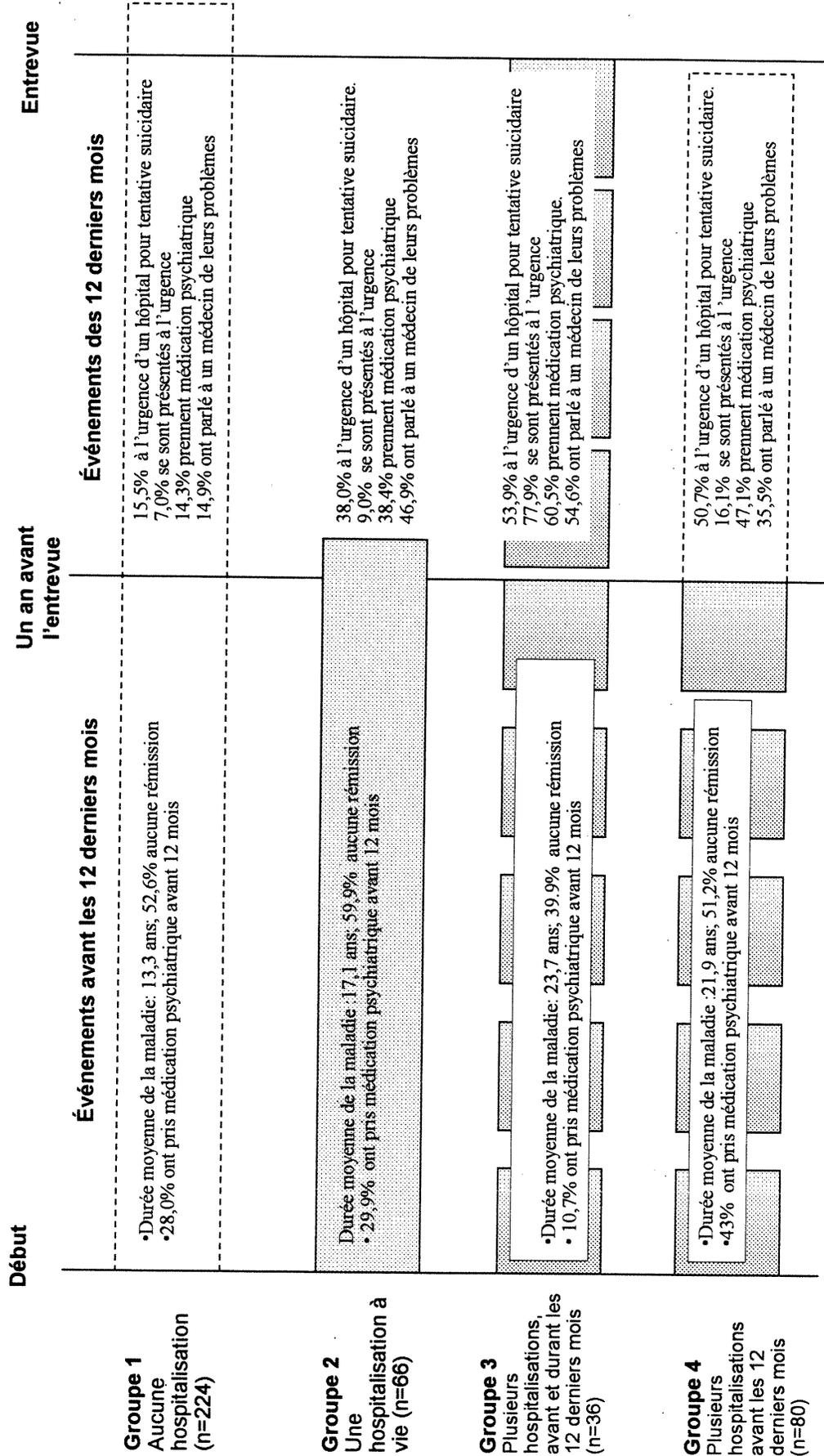
**Tableau 13. Utilisation des services au cours de la dernière année (n=385)**

	%
<b>Hospitalisation en psychiatrie</b>	
Non	93,1
Oui	6,9
<b>Utilisation de l'urgence</b>	
Non	86,7
Oui	13,3
<b>Utilisation de services professionnels au moment de l'entrevue</b>	
Non	64,4
Oui	35,6
<b>Utilisation de psychothérapie</b>	
Non	86,8
Oui	13,2
<b>Utilisation d'un programme de traitement de jour</b>	
Non	95,9
Oui	4,1
<b>Utilisation d'un programme résidentiel</b>	
Non	98,8
Oui	1,2
<b>Utilisation de l'un ou l'autre de ces services</b>	
Non	56,3
Oui	43,7

service quelconque pour des problèmes émotifs au cours de la dernière année.

Afin de mieux intégrer les données précédentes relatives à la carrière en tant que malade, la figure 4 résume les épisodes de soins des sujets de la présente étude. Les données sont séparées selon que les événements se sont produits au cours de la dernière année ou avant; ceci permet d'être congruent avec les autres résultats présentés dans l'étude et utilisés dans les analyses subséquentes. On peut distinguer cinq cheminements dans le système de soins, selon qu'il y a eu ou non hospitalisation et à quel moment. Ainsi, le groupe 1 n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie. On constate cependant que plus du quart de ces personnes auraient pris des médicaments psychiatriques avant la dernière année et 14% au cours de cette période. Au cours de la dernière année, plusieurs personnes se sont présentées à l'urgence pour des tentatives suicidaires ou ont parlé à leur médecin de leurs problèmes de santé mentale. Le groupe 2, a vécu une seule hospitalisation, dont la majorité (94%) avant la dernière année. On constate que ces personnes se sont toutefois souvent présentées à l'urgence (38%), que ce soit pour des tentatives suicidaires ou autres problèmes de santé mentale. Près de 40% prenaient des médicaments psychiatriques au cours de la dernière année. Les personnes des groupes 3 et 4 ont vécu plusieurs hospitalisations en psychiatrie avant la dernière année et bon nombre n'ont pas été hospitalisées au cours de la dernière année (80 vs 36). Si les membres du groupe 4 n'ont pas été hospitalisés au cours de la dernière année, ils se sont toutefois présentés à l'urgence plus fréquemment que les autres groupes, sauf le groupe 3, pour des tentatives suicidaires.

Figure 3. Résumé des « carrières en tant que malade »



Note: Le dénominateur des pourcentages ci-haut est l'ensemble des personnes du groupe, incluant les personnes pour qui la question ne s'appliquait pas ou la donnée était manquante. De plus, notons qu'il s'agit de données pondérées.

Le tableau 14 décrit les professionnels que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont rencontrés au cours de leur vie pour des problèmes de santé mentale. Il faut noter que les personnes pouvaient donner plus d'un choix de réponses. Il ressort que les travailleurs sociaux et les autres conseillers sont les professionnels les plus consultés pour les problèmes émotionnels ou nerveux. Viennent ensuite les psychiatres, les médecins généralistes et les psychologues dans des proportions variant entre 59% et 62 %. Les écrits (Lamb, 1992) font souvent mention du fait que les personnes itinérantes éprouvent des difficultés à recevoir les services requis, soit à cause d'elles-mêmes, soit à cause des institutions et de leurs intervenants. Dans l'enquête, il a donc été demandé au répondant s'il avait eu, au cours des six derniers mois, des problèmes émotionnels ou nerveux pour lesquels il avait eu besoin de services mais n'en a pas reçu. À ceux déclarant des besoins de services non comblés, il a été demandé les raisons pour lesquelles ils n'ont pas reçu de soins ou de services. Les raisons les plus souvent invoquées sont les cas où le client voulait régler le problème lui-même ou il pensait qu'il se réglerait de lui-même (Tableau 15).

**Tableau 14. Consultation à vie de professionnels (nombre de réponses=312)**

Professionnels rencontrés	%
Travailleur social /conseiller	66,5
Médecin généraliste	62,5
Psychologue	61,0
Psychiatre	58,9
Infirmière, ergothérapeute, autre professionnel de la santé	29,2
Pasteur, prêtre, rabbin	26,0
Cardiologue, dermatologue ou autre spécialiste de la santé	16,7
Spiritualiste, herboriste, naturiste, guérisseur	10,5

Ces résultats ayant permis de décrire le cheminement et les caractéristiques des personnes atteintes de troubles mentaux et fréquentant les ressources pour personnes itinérantes, l'étape suivante consiste à tenter d'identifier, à l'aide d'analyses

**Tableau 15. Raisons données pour ne pas avoir reçu de services (n=117)**

Raisons	%
Je voulais régler le problème moi-même	19,1
Je pensais que le problème se réglerait de lui-même	13,6
C'était trop cher	9,8
Ne voulait pas consulter	9,8
A essayé d'avoir des services, mais refus de la part de l'institution	8,4
Ne savait pas où s'adresser	4,6

multivariées, les facteurs reliés à l'utilisation de services en santé mentale chez les personnes itinérantes.

### **Analyse de régression logistique**

Pour l'analyse de régression logistique, les données ont d'abord été vérifiées tel qu'il a été expliqué dans la méthode. Une analyse des variables dépendantes a été réalisée afin de connaître leurs interactions et, ainsi déterminer comment seraient effectuées les analyses de régression. Le tableau 16 présente les corrélations entre ces variables, pour les sujets inclus dans cette partie de l'étude, soit les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ayant eu des épisodes de maladie au cours de la dernière année. On constate que les variables d'utilisation de l'urgence au cours de la dernière année, d'hospitalisation en psychiatrie au cours de la dernière année et de services professionnels au moment de l'entrevue sont significativement reliées. D'autre part, on note que l'utilisation de programme résidentiel est reliée à l'utilisation de la psychothérapie et à un traitement de jour. L'utilisation de deux variables dépendantes aurait donc été indiquée. Or, il faut se rappeler que très peu de personnes ont utilisé de tels services au cours de la dernière année. Ainsi, la meilleure solution réside dans la création d'une seule variable dépendante, à savoir si la personne a utilisé ou non l'un ou l'autre de ces services au cours de la dernière année.

**Tableau 16. Corrélations de Pearson entre les variables d'utilisation de services au cours de la dernière année (n=293)**

Corrélations	2	3	4	5	6
1. Urgence	0,50 **	0,12	0,02	0,01	0,12
2. Hospitalisation en psychiatrie	--	0,15	0,16	0,00	0,22 **
3. Psychothérapie		--	0,27 **	0,23 **	0,41 **
4. Traitement de jour			--	0,21 **	0,15
5. Programme résidentiel				--	0,12
6. Services professionnels					--

\*\* :  $p < 0,01$

Il est à noter que plusieurs variables décrites à la section précédente ne sont pas incluses dans cette analyse. En effet, le choix des variables à inclure a été guidé par plusieurs considérations. Premièrement, des analyses préliminaires bivariées ont été réalisées afin de détecter les variables qui étaient reliées significativement ou près du seuil de signification à l'utilisation des services. Par ailleurs, certaines variables, bien que non reliées à l'utilisation des services, ont été tout de même retenues afin de servir de variables de contrôle (ex. l'âge, le diagnostic) ou parce qu'elles étaient des variables conceptuellement importantes. Enfin, certaines variables n'ont pu être utilisées car, bien qu'ayant une certaine importance dans le modèle, elles étaient trop redondantes avec d'autres variables ou ne concernaient pas un nombre suffisant de sujets (ex. assiduité à la médication). Puisque cette section concerne les personnes ayant présenté des troubles mentaux au cours de la dernière année, et que cette population diffère de celle de l'étape précédente, le tableau 17 décrit les variables utilisées dans l'analyse de régression.

Le tableau 18 présente les principaux résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique de l'utilisation, au cours de la dernière année, de divers services en santé mentale sur les variables du modèle de Pescosolido. Lorsqu'on considère les blocs de variables, il ressort de cette analyse que tous ces blocs, sauf celui de la carrière en tant que malade, augmentent significativement l'explication de la variance de l'utilisation actuelle de services reliés aux troubles mentaux de la personne.

**Tableau 17. Description des variables incluses dans l'analyse de régression logistique (n=237)**

Variables catégorielles	%	
<b>Sexe</b>		
masculin	83,3	
féminin	16,7	
<b>Situation SDF</b>		
SDF actuel	35,4	
SDF antérieurement à la dernière année	47,6	
Jamais SDF	17,0	
<b>Troubles de personnalité antisociale</b>		
Pas de problème	68,4	
Problème dernière année	17,7	
Problème antérieur à dernière année	13,9	
<b>Troubles liés à l'alcool</b>		
Pas de problème	44,9	
Problème dernière année	38,9	
Problème antérieur à dernière année	16,3	
<b>Diagnostic psychiatrique à vie</b>		
Troubles schizo. et psychotiques	23,8	
Troubles affectifs	76,6	
<b>Nombre de rémissions</b>		
Aucune période	59,6	
1 période	8,5	
2 périodes	2,6	
3 périodes et plus	29,3	
<b>Hospitalisation en psychiatrie antérieures à la dernière année</b>		
Non	60,3	
Oui	39,7	
Variables continues	Moyenne	Écart-type
Âge	40,3	11,4
Nombre de personnes dans le réseau	3,7	2,4
Proportion des pers. du réseau qui fréquente les ressources	0,3	0,3

De plus, les variables individuelles qui sont significatives lors de l'inclusion dans l'analyse le demeurent la plupart du temps lors de l'ajout des blocs subséquents. Ainsi, dans le bloc des variables liées au contenu social, le fait d'être une femme et le fait d'être plus jeune sont significativement reliés à l'utilisation de services et le demeurent à l'ajout des autres variables. Le fait de ne plus être sans domicile fixe ou ne l'avoir jamais été représente, comparativement à ceux qui le sont actuellement, un

autre facteur de ce bloc favorisant l'utilisation de services; à l'ajout des autres blocs, cependant, seul le fait de ne jamais avoir été sans domicile fixe demeure significatif. Pour le bloc des caractéristiques de la maladie, il appert que la présence actuelle ou antérieure de troubles liés à la consommation d'alcool, comparativement au fait de ne pas avoir ce type de problème, soit un facteur déterminant dans l'utilisation de services. Les personnes ayant actuellement des troubles de personnalité antisociale utilisent aussi plus les services que ceux n'ayant pas ce type de problème. Quant à la carrière en tant que malade, le fait d'avoir déjà été hospitalisé en psychiatrie constitue une variable significativement associée à l'utilisation actuelle de services professionnels. Enfin, une seule des deux variables de soutien social incluses s'est révélée significativement reliée à l'utilisation de services, soit le nombre total de personnes dans le réseau de soutien. En effet, plus une personne a de membres dans son réseau, plus grande est la probabilité qu'elle utilise les services. Il est à noter que les mesures de validité, tel le test de Hosmer et Lemeshow (Chi-carré= 0,80; dl=3; sig= 0,80) démontrent que le modèle proposé s'ajuste très bien aux données. Par ailleurs, le  $R^2$  de Nagelkerke de 0,39 est très acceptable, bien qu'il suggère que d'autres variables puissent contribuer à expliquer la variance de la variable dépendante.

**Tableau 18. Résultats des analyses de régression logistique hiérarchiques de l'utilisation de services au cours de la dernière année sur les variables du modèle (n=234).**

	B	S.E.	Wald	R.C.(I.C.(,05))
<b>Étape 1. Inclusion du bloc de données sociodémographiques</b>				
Sexe (féminin)	1,51	0,62	5,93 ***	4,52 (1,34 - 15,23)
Âge	-0,04	0,02	4,00 **	0,96 (0,93 - 1,00)
Situation domiciliaire			4,83 *	
SDF dernière année (catégorie de référence)				
SDF au cours de la vie	0,96	0,46	4,36 **	2,61 (1,06 - 6,42)
Jamais SDF	0,95	0,59	2,53	2,57 (0,80 - 8,25)
<b>Étape 2. Inclusion du bloc des caractéristiques de la maladie</b>				
Sexe (féminin)	1,81	0,68	7,02 ***	6,10 (1,60 - 23,25)
Âge	-0,04	0,02	4,30 **	0,96 (0,92 - 1,00)
Situation domiciliaire			6,29 **	
SDF dernière année (catégorie de référence)				
SDF au cours de la vie	0,89	0,49	3,27 *	2,44 (0,93 - 6,40)
Jamais SDF)	1,65	0,69	5,66 **	5,20 (1,34 - 20,22)
Troubles de personnalité antisociale			4,34	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	0,98	0,61	2,54	2,65 (0,80 - 8,80)
Problème antérieur à dernière année	-0,81	0,70	1,35	0,44 (0,11 - 1,75)
Troubles d'alcool			4,76 *	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	0,97	0,52	3,46 *	2,65 (0,95 - 7,39)
Problème antérieur à dernière	1,13	0,63	3,20 *	3,11 (0,90 - 10,76)
Diagnostic à vie (cat. de réf.=schizo ; tr. affect.)	-0,40	0,54	0,56	0,67 (0,23 - 1,93)
<b>Étape 3. Inclusion du bloc de la carrière en tant que malade</b>				
Sexe (féminin)	1,81	0,70	6,74 ***	5,47 (1,35 - 22,16)
Âge	-0,04	0,02	4,88 **	0,94 (0,90 - 0,98)
Situation domiciliaire			5,24 *	
SDF dernière année (catégorie de référence)				
SDF au cours de la vie	0,87	0,51	2,92 *	1,43 (0,54 - 3,79)
Jamais SDF	1,51	0,71	4,50 **	4,72 (1,07 - 20,88)
Troubles de personnalité antisociale			5,40 *	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	1,26	0,64	3,84 **	4,34 (1,23 - 15,39)
Problème antérieur à dernière année	-0,71	0,71	0,98	0,62 (0,16 - 2,33)
Troubles d'alcool			4,16	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	0,91	0,53	2,90 *	2,56 (0,87 - 7,59)
Problème antérieur à dernière année	1,11	0,65	2,94 *	2,91 (0,80 - 10,59)
Diagnostic à vie (cat. de réf.=schizo ; tr. affect.)	-0,73	0,59	1,54 **	3,07 (1,14 - 8,30)
Hospitalisations antérieures	0,86	0,47	3,31 *	0,39 (0,13 - 1,18)
Nombre de rémissions	-0,12	0,18	0,46	1,39 (1,11 - 1,74)

**Tableau 18. Résultats des analyses de régression logistique hiérarchiques de l'utilisation de services au cours de la dernière année sur les variables du modèle (suite) (n=234).**

<b>Étape 4. Inclusion du bloc du réseau de soutien social</b>				
Sexe (féminin)	1,77	0,73	5,82 **	5,85 (1,39 - 24,55)
Âge	-0,04	0,02	2,98 *	0,96 (0,92 - 1,01)
Situation domiciliaire			6,01 **	
SDF dernière année (catégorie de référence)				
SDF au cours de la vie	0,79	0,53	2,21	2,19 (0,78 - 6,19)
Jamais SDF	1,91	0,80	5,69 **	6,78 (1,41 - 32,61)
Troubles de personnalité antisociale			6,18 **	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	1,46	0,67	4,71 **	4,28 (1,15 - 15,95)
Problème antérieur à dernière année	-0,70	0,74	0,88	0,50 (0,12 - 2,13)
Troubles d'alcool			6,16 **	
Pas de problème (catégorie de référence)				
Problème dernière année	1,20	0,58	4,33 **	3,33 (1,07 - 10,36)
Problème antérieur à dernière année	1,53	0,71	4,61 **	4,60 (1,14 - 18,51)
Diagnostic à vie (cat. de réf.=schizo ; tr. affect.)	-0,60	0,62	0,94	0,55 (0,16 - 1,85)
Hospitalisations antérieures	0,91	0,51	3,18 *	2,49 (0,91 - 6,77)
Nombre de rémissions	-0,14	0,18	0,63	0,87 (0,61 - 1,24)
Nombre de personnes dans le réseau	0,29	0,11	6,63 ***	1,34 (1,07 - 1,68)
Proportion qui fréquente ressources	0,38	0,74	0,27	1,47 (0,34 - 6,28)

Note: R2 (Nagelkerke) = 0,16 pour étape 1 (p< 0,05); diff. R2 = 0,12 pour étape 2 (p<0,05); diff R2 pour étape 3 = 0,06 (n.s.); diff. R2 = 0,08 pour étape 4 (p<0,05)

Statistique de Wald: \* p<0,10 \*\* p<0,05 \*\*\*p<0,01

### Analyses d'agrégats

Tel qu'il est précisé dans la méthode, les principales variables significatives de l'analyse de régression ont été entrées dans l'analyse d'agrégats, soit le genre, l'âge, la situation domiciliaire, le diagnostic, les troubles liés à l'alcool, le trouble de personnalité antisociale, le nombre de personnes dans le réseau social et l'utilisation des services de tous types au cours de la dernière année. Il est à noter que la variable des hospitalisations antérieures, quoique significative lors de l'analyse de régression précédente, n'a pas été conservée lors des analyses d'agrégats. En effet, les analyses d'agrégats préalables à la solution finale présentées démontraient que l'inclusion de cette variable, avec l'échantillon concerné par ce volet, n'apportait pas une explication supplémentaire pertinente, étant donné la présence de la variable d'utilisation des services.

L'analyse d'agrégats (Tableau 19) a démontré qu'en tenant compte de leurs caractéristiques et de leur utilisation des services en santé mentale, on retrouve six types d'itinérants présentant des troubles mentaux. Cette solution s'est révélée la plus intéressante car, avec un  $R^2$  de 0,51, ce qui est acceptable, elle apparaissait comme la plus pratique, tout en étant parcimonieuse. En effet, l'analyse suggérait d'autres solutions, dont une à 3 agrégats qui n'expliquait que 15% de la variance, et des solutions à 9 et à 12 agrégats, lesquels augmentaient le  $R^2$  à plus de 62%, mais tendaient à décrire toutes les combinaisons possibles des variables impliquées et s'avéraient peu utiles.

Les six types d'itinérants se distinguent selon plusieurs caractéristiques. Premièrement, on note une séparation nette entre les hommes et les femmes, puis entre les diagnostics de schizophrénie et de troubles affectifs. Ainsi, parmi les six types, on distingue un groupe de femmes, atteintes de troubles affectifs, et un groupe d'hommes atteints de schizophrénie. Les quatre types suivants sont des hommes atteints de troubles affectifs, mais peuvent être séparés selon leur situation domiciliaire et leurs troubles liés à l'alcool. Ainsi, l'analyse identifie les sous-types suivants: 1) les ex-dépressifs et ex-alcooliques ; 2) ceux avec des troubles dépressifs actuels ; 3) ceux présentant de la comorbidité et 4) les ex-itinérants.

Afin de mieux comprendre l'utilisation des services de ces différents groupes, d'autres variables ont été croisées avec les agrégats (Tableau 20). Ainsi, pour chacun de ces agrégats, on peut connaître le moment des derniers problèmes mentaux, celui des problèmes liés à la drogue, de même que l'utilisation de divers services qui faisaient partie de la variable d'utilisation incluse dans l'analyse.

Tableau 19. Description des agrégats<sup>1</sup> (n=369)

	Sexe	Âge moyen	Diagnostic	Sans domicile fixe	Troubles alcool	Tr. Personnalité antisociale	Nombre moyen de personnes dans le réseau	Utilisation de services dernière année
Agrégat 1	Femmes(98%)	41,2	Tr. affectifs (100%)	Actuel (44%) ou antérieur (32%)	Jamais (65%)	Jamais(89%)	5,0	61%
Agrégat 2	Homme(84%)	40,7	Schizophrénie (100%)	Antérieur (40%) ou actuel (38%)	Jamais (60%)	Jamais (64%) ou actuel (34%)	3,1	59%
Agrégat 3	Homme(100%)	39,8	Tr. affectifs (90%)	Actuel (44%) ou antérieur (40%)	Antérieur (100%)	Jamais(71%)	3,1	35%
Agrégat 4	Homme (97%)	37,4	Tr. affectifs (97%)	Actuel (67%)	Jamais (98%)	Jamais (64%) ou antérieur (35%)	3,5	33%
Agrégat 5	Homme(95%)	36,8	Tr. affectifs (94%)	Actuel (91%)	Actuel (91%)	Jamais (48%) ou actuel (35%)	3,7	41%
Agrégat 6	Homme(89%)	38,2	Tr. affectifs (100%)	Antérieur (98%)	Actuel (53%)	Jamais (68%) ou actuel (23%)	3,8	46%

1. Les variables en gras sont les variables identifiant l'agrégat de façon plus spécifique.  
 Les pourcentages entre parenthèse représentent la proportion de l'agrégat possédant la caractéristique.  
 « Actuel » signifie au cours de la dernière année.

**Tableau 20. Description de la récurrence des troubles mentaux, de ceux liés à la drogue et de l'utilisation de divers services en fonction des agrégats (n=369)**

	Troubles mentaux **		Troubles liés à la drogue **		Hospitalisation en psychiatrie **		Psychothérapie *		Traitement de jour **		Programme résidentiel	
		%		%		%		%		%		%
Agrégat 1	jamais		66,7		57,9		56,1		70,2		87,7	
	dernière année	59,3	24,6	15,8	21,1	15,8	21,1	15,8	15,8	15,8	3,5	3,5
	antérieur	40,7	8,8	26,3	22,8	22,8	22,8	14,0	14,0	14,0	8,8	8,8
Agrégat 2	jamais		53,4		32,8		58,9		73,7		84,2	
	dernière année	94,1	36,2	19,0	21,4	19,0	21,4	8,8	8,8	8,8	7,0	7,0
	antérieur	5,9	10,3	48,3	19,6	48,3	19,6	17,5	17,5	17,5	8,8	8,8
Agrégat 3	jamais		33,3		58,3		64,6		89,6		89,6	
	dernière année	48,1	29,2	4,2	8,3	4,2	8,3	2,1	2,1	2,1	10,4	10,4
	antérieur	51,9	37,5	37,5	27,1	37,5	27,1	8,3	8,3	8,3	10,4	10,4
Agrégat 4	jamais		46,0		66,7		77,8		90,6		96,9	
	dernière année	70,0	30,2	3,2	12,7	3,2	12,7	1,6	1,6	1,6	3,1	3,1
	antérieur	30,0	23,8	30,2	9,5	30,2	9,5	7,8	7,8	7,8	3,1	3,1
Agrégat 5	jamais		20,0		61,9		69,4		88,2		89,3	
	dernière année	63,3	68,2	8,3	3,5	8,3	3,5	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
	antérieur	36,7	11,8	29,8	27,1	29,8	27,1	11,8	11,8	11,8	9,5	9,5
Agrégat 6	jamais		49,1		70,2		70,2		86,0		93,0	
	dernière année	69,2	33,3	8,8	15,8	8,8	15,8	1,8	1,8	1,8	7,0	7,0
	antérieur	30,8	17,5	21,1	14,0	21,1	14,0	12,3	12,3	12,3	7,0	7,0

\* p < 0,01

\*\* p < 0,001

Les différents types d'itinérants, identifiés par les variables qui étaient les plus significatives, sont les suivants :

1. **Les femmes:** Cet agrégat représente 15% des itinérants atteints de troubles mentaux et se distingue par le fait qu'il est constitué à 98% de femmes. Toutes ont présenté des troubles affectifs au cours de leur vie. Celles-ci ne souffrent généralement pas de troubles de personnalité antisociale, ni de troubles liés à l'alcool. Ce groupe est le plus âgé (moy. : 41 ans), dispose d'un réseau social plus grand (moy. : 5,0 personnes) et utilise plus les services que les groupes composés d'hommes. Le tableau 20 révèle d'ailleurs que les femmes constituent le deuxième groupe le plus hospitalisé en psychiatrie au cours de la dernière année. Ce groupe a profité de psychothérapie et de traitement de jour au cours de leur vie dans une plus grande proportion que les autres groupes.
2. **Les hommes souffrant de schizophrénie:** Ce groupe représente 16% des itinérants atteints de troubles mentaux. Ces personnes sont âgées, leur moyenne d'âge étant de 41 ans, et leur réseau social est très restreint (moy. : 3,1 personnes). Presque tous avaient des symptômes dans la dernière année (Tableau 20). Ils n'ont généralement pas de troubles liés à l'alcool, ni ne présentent de troubles de personnalité antisociale. La proportion de ces personnes ayant utilisé les services de santé mentale au cours de la dernière année est parmi les plus élevées. On constate (Tableau 20) que ces personnes ont été hospitalisées pour des troubles mentaux en plus forte proportion que les autres groupes au cours de leur vie et au cours de la dernière année. Ils sont également plus nombreux à avoir bénéficié de psychothérapie au cours de la dernière année. Une forte proportion de ce groupe a profité de traitements de jour antérieurement à la dernière année, et une plus faible proportion au cours de la dernière

année. Il ressort donc que ce groupe, sans doute à cause de plus grands besoins, a beaucoup utilisé les divers services.

3. **Les hommes ex-dépressifs et ex-alcooliques:** Ce groupe inclut 13% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. C'est un groupe d'âge moyen (40 ans), avec un réseau social limité, semblable à celui des personnes atteintes de schizophrénie. Comme les trois prochains groupes, ils sont atteints de troubles affectifs, mais s'en distinguent par une majorité de personnes pour qui ce trouble est résolu. La majorité des personnes de ce groupe ne souffre pas de troubles de personnalité antisociale. On y trouve une faible proportion d'utilisateurs de services au cours de la dernière année, ce qui est congruent avec le fait qu'ils ont eu relativement moins de problèmes au cours de cette période (Tableau 20). Ce groupe semble donc constitué de personnes très isolées mais ayant moins de problèmes actuellement.
4. **Les hommes avec troubles dépressifs actuels :** Ce groupe représente 17% de la population à l'étude. On constate (Tableau 20) qu'une forte proportion des personnes de ce groupe, soit (70%) a eu des troubles mentaux de l'axe I au cours de la dernière année, bien que seulement 3% aient été hospitalisées au cours de cette période. Ces personnes se situent parmi les plus jeunes de la population à l'étude (moy : 37 ans), souffrent ou ont souffert de troubles affectifs et ont peu utilisé les services au cours de la dernière année. Ils n'ont jamais souffert de troubles liés à l'alcool et ce, dans une proportion de 98%. Les personnes de ce groupe ne présentaient pas de troubles de personnalité antisociale au cours de la dernière année mais environ le tiers en ont été affectées par le passé. Ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans les grandes études épidémiologiques à l'effet que la majorité des personnes atteintes de troubles dépressifs utilisent peu les services (Regier et al., 1993). Les deux

tiers ont été sans domicile fixe au cours de la dernière année et le groupe a, en moyenne, 3,5 personnes dans son réseau social.

5. **Les hommes présentant de la comorbidité :** Ce groupe rassemble 23% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. C'est le groupe le plus jeune (37 ans), dont la majorité souffre de troubles affectifs et qui inclut la plus forte proportion de personnes aux prises avec des troubles liés à la drogue au cours de la dernière année. Une grande proportion, soit 60%, n'a pas utilisé les services au cours de la dernière année. Malgré que 63% de ces personnes aient vécu des troubles mentaux au cours de la dernière année, seulement 8% ont été hospitalisés au cours de cette période, 3,5% ont bénéficié de psychothérapie et aucun n'a profité d'un traitement de jour. Plus de la moitié des personnes du groupe ont souffert de troubles de personnalité au cours de leur vie, que ce soit au cours de la dernière année ou antérieurement.
6. **Les hommes ex-itinérants :** Ce groupe constitue 15% de la population à l'étude. La majorité de ces personnes souffrent aussi de troubles affectifs, sont âgées de 38 ans en moyenne et on compte 3,7 personnes dans leur réseau. Deux tiers des personnes de cet agrégat n'ont jamais présenté de troubles de personnalité antisociale. Tout comme l'agrégat 4, ces personnes présentent une forte proportion de troubles mentaux au cours de la dernière année, mais utilisent plus les services et ont un plus grand réseau social. Comparativement aux groupes 2 et 3, qui ont un réseau social plus restreint et une plus longue histoire de troubles de santé mentale et d'utilisation de services, ce groupe semble comporter plus de personnes qui souffrent depuis peu de troubles mentaux. Peut-être n'ont-ils pas encore épuisé les ressources de leur entourage.

Romesburg (1984) a décrit plusieurs façons de s'assurer de la validité primaire et secondaire des agrégats. La première consiste à s'assurer que les

groupes trouvés répondent bien aux questions de recherche et présentent des statistiques convenables, tel le  $R^2$ , lequel est décrit plus haut. Les mesures de validité secondaires consistent en d'autres moyens de vérifier la qualité des décisions prises lors de l'analyse d'agrégats. Quelques-unes de ces méthodes ont été utilisées dans la présente recherche.

Une des façons de vérifier la validité des agrégats consiste à tenter de les retrouver dans un autre échantillon semblable. Pour ce faire, l'échantillon utilisé précédemment a été scindé en deux sous-groupes de façon aléatoire. Il ressort de cette analyse que les sous-échantillons ressemblent à l'échantillon principal, mais avec quelques différences. Ainsi, un des sous-échantillons présentait aussi une solution à six agrégats et cinq de ceux-ci pouvaient être juxtaposés à ceux de l'échantillon principal, en tenant compte de leurs caractéristiques dominantes. L'autre sous-échantillon offrait deux solutions, l'une à cinq agrégats et l'une à huit agrégats. Respectivement, trois des cinq et six des huit agrégats pouvaient se juxtaposer à ceux de l'échantillon principal. Les principales différences provenaient du fait que les échantillons plus petits tendaient à séparer d'abord les personnes en tenant compte de leur utilisation des services.

Une autre mesure de la validité des agrégats trouvés consiste à vérifier la stabilité et la robustesse des groupes lors d'ajouts et de retraites des variables. Il est prescrit que la classification doit être stable, soit de ne pas pouvoir être dérangée par l'ajout de quelques variables, et qu'elle doit être robuste, soit de ne pas être altérée de façon majeure par le retrait de quelques informations ou variables. Or, au cours de la présente analyse, les groupes présentés se sont avérés assez stables et robustes, puisqu'on retrouvait presque toujours certains groupes, tels les schizophrènes, les femmes, les ex-SDF et les ex-alcooliques. Ces groupes ressortaient indépendamment de la liste et du nombre des variables introduites dans l'analyse.

Il est aussi recommandé de vérifier les résultats avec d'autres types d'analyses, soit d'autres méthodes d'agrégats. Or, les données ont été insérées dans SPSS et analysées en utilisant la méthode de distance d'Euclide, en modifiant les données catégorielles pour qu'elles puissent s'ajuster à ce type d'analyse, et la méthode dite *K-means* d'agrégats. Le nombre de groupes et les principaux groupes ne variaient que très peu. De plus, la solution proposée a été testée en analyse bivariée avec diverses mesures d'utilisation de services et la solution s'est avérée significativement reliée avec la plupart des variables d'utilisation de services, lorsque l'échantillon non pondéré est utilisé, comme dans l'analyse d'agrégats.

Enfin, ces solutions se sont avérées congruentes avec des analyses bivariées avec d'autres variables, tel qu'il a été présenté dans le tableau 20. Ainsi, les agrégats se sont révélés significativement distincts quant à la récurrence des troubles mentaux et des troubles liés à la drogue. De plus, les agrégats présentent des différences significatives quant à l'utilisation de divers services tels l'hospitalisation en psychiatrie, la psychothérapie et le traitement de jour. Seule l'utilisation d'un programme résidentiel s'est montrée significative relativement aux agrégats ; cependant, ces programmes étaient peu utilisés. Par ailleurs, notons que les variables incluses dans l'analyse d'agrégats se sont avérées significativement reliées à leur agrégat dans l'analyse bivariée: sexe ( $\chi^2=249,7$ ;  $df=5$ ,  $p<,001$ ), alcool ( $\chi^2=428,7$ ;  $df=10$ ,  $p<,001$ ), groupes d'âge ( $\chi^2=23,5$ ;  $df=10$ ,  $p<,01$ ), SDF ( $\chi^2=210,5$ ;  $df=10$ ,  $p<,001$ ) soutien social ( $F=5,3$ ;  $df=5$ ;  $p<,001$ ).

**Chapitre 5**  
**Discussion**

La présente étude avait pour but d'explorer l'utilisation des services de santé mentale par des personnes fréquentant des services pour itinérants, à l'aide du modèle de Pescosolido (1991, 1992). Malgré quelques limites, elle a permis de mieux comprendre le vécu des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, les facteurs qui influencent leur utilisation des services de santé mentale et d'identifier des typologies de personnes itinérantes en tenant compte de leur utilisation de services. Ces différents points seront discutés au cours des pages qui suivent.

### **Limites**

La présente étude comporte quelques limites ou éléments méthodologiques nécessitant des précisions aux plans de l'échantillon, du modèle utilisé et des analyses effectuées.

### *Échantillon*

La constitution d'un échantillon pour une recherche sur l'itinérance représente un défi. Tel que discuté lors de la recension des écrits, différentes recherches ont tenté de constituer des échantillons les plus représentatifs possibles. Or, ceci est difficile, étant donné la situation même des personnes au cœur de la recherche. À cet effet, la présente étude se base sur un recensement préalable qui a évalué le nombre et la répartition des personnes itinérantes au cours d'une année. Ainsi, un échantillon aléatoire a été créé et, de plus, les données ont été pondérées afin de tenir compte de la population journalière fréquentant les ressources pour itinérants. On peut donc croire que l'échantillon retenu est aussi représentatif qu'il est possible de le faire avec une population aussi mouvante.

Les personnes habitant seulement sur la rue, sans fréquenter de ressource, n'ont pas été incluses dans la présente recherche; le recensement a démontré qu'à peine 10% des personnes itinérantes approchées sur la rue et ayant accepté de répondre aux questions (n=186) ne fréquentaient aucune des ressources décrites à la méthode (Fournier & Chevalier, 1998). Il est possible que le fait de ne pas avoir inclus ces personnes puisse avoir une influence sur les résultats. Ainsi, Toro et Warren (1999), à la lumière de quelques écrits, considèrent que les échantillons tirés de refuges et ceux provenant de personnes vivant sur la rue présentent d'importantes différences, comme le fait que ceux habitant sur la rue seraient sans abri plus longtemps. Par contre, Hannappel, Calsyn et Morse (1989) ne notent aucune différence significative entre ces types d'échantillons quant aux caractéristiques socio-démographiques, à la détresse psychiatrique, à l'histoire d'hospitalisations en psychiatrie et à la bonne volonté d'utiliser les services. Donc, il est difficile de savoir si cette limite est significative, ni dans quel sens elle pourrait influencer les variables pertinentes à la présente recherche. Cependant, on peut croire, tel qu'estimé par Santé Québec, que le nombre de personnes ne fréquentant aucune ressource n'est pas très grand et que leur effet sur les résultats est probablement négligeable.

Un autre aspect important concernant l'échantillonnage des personnes itinérantes est leur mobilité. En effet, Bachrach (1992) a déjà souligné qu'il fallait tenir compte de divers aspects reliés à la mobilité de ces personnes. Entre autres, la mobilité reliée aux saisons peut introduire un biais dans la sélection. Pour contourner ce problème, la collecte de donnée s'est échelonnée sur plus de neuf mois, de décembre à août, afin de pouvoir rencontrer autant la clientèle d'hiver que celle d'été. De plus, rappelons que tous les centres de Montréal-Centre et de Québec ont été inclus dans l'échantillonnage de départ. Bien que quelques-uns aient décidé par la suite de se retirer, l'échantillon a été modifié en conséquence et on peut raisonnablement croire que tous les types de clients de ces centres ont été rencontrés (Ostoj et al., 2001).

Enfin, il faut souligner l'exclusion de plusieurs sujets des analyses multivariées de la présente étude. En effet, il fallait avoir rempli les sections portant sur l'utilisation des services en santé mentale et de soutien social pour être inclus dans ces parties de l'étude. Il faut se souvenir que les diagnostics des répondants n'ayant pas complété le questionnaire ont été déduits par un psychiatre ou une équipe de chercheurs. Dans une autre recherche, ces sujets n'auraient probablement pas été inclus du tout dans l'étude. Nous avons cru bon de les conserver afin d'obtenir un portrait le plus complet possible, du moins pour la partie descriptive. Bien qu'il soit probable que ces personnes présentent plus de troubles psychotiques que les autres répondants, les analyses démontrent que leur exclusion a un effet négligeable sur les résultats quant à leur utilisation des services et leur réseau de soutien social (Bonin & Fournier, 2001). Ainsi, même en supposant que toutes ces personnes aient été déjà hospitalisées en psychiatrie, les variables explicatives ne changent pas significativement. Bref, on peut croire que l'échantillonnage de cette étude est parvenu raisonnablement à contourner les principaux obstacles inhérents à ce type de recherche.

### *Instruments*

Tel que le précisent Toro et Warren (1999), la question des instruments doit aussi être discutée. Selon ces auteurs, trop d'études auprès des personnes itinérantes ont été réalisées à l'aide d'instruments n'ayant pas été validés à cet effet. Aussi, la présente étude a utilisé des instruments ayant généralement fait leurs preuves lors d'études antérieures auprès des personnes itinérantes. Ainsi le DIS, qui jouait un rôle important quant à la sélection des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de l'échantillon de l'enquête principale, a été utilisé par plusieurs chercheurs lors d'études auprès des personnes itinérantes (Fournier, 1991; Gelberg et al., 2000; Koegel et al., 1999; North et Smith, 1993; Shepherd, 1999; Stein & Gelberg, 1997). De plus, il a été souligné que le DIS constituait un instrument de choix auprès de cette clientèle (Ballalaia & Toro, 1999). Il en va ainsi pour la plupart des instruments de la présente recherche. Le seul instrument

n'ayant pas été utilisé sous la forme actuelle auprès des personnes itinérantes est le ASSIS servant à mesurer le réseau social. Cependant, une version française a déjà été utilisée avec succès auprès de personnes parasuicidaires (Lavoie, Fournier, Kovess, Madore et Gaudreau, 1990). De plus, une certaine concordance des résultats avec une enquête semblable où un autre instrument a été utilisé (Fournier, 1991), suggère que l'instrument est valide. Donc, l'utilisation d'instruments reconnus et valides constitue une des forces de cette étude.

Par ailleurs, le fait d'interviewer des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, incluant souvent des troubles liés à l'abus de substances et des troubles de personnalité, peut soulever quelques interrogations quant à la capacité de ces personnes à répondre de façon fiable aux questions. Fournier et Ostoj (1996) ont révisé des études vérifiant la fiabilité des réponses des personnes itinérantes, et en arrivent à la conclusion que cette fiabilité est relativement acceptable. Il ressort aussi que certains types de questions sont plus fiables, telle l'identité, alors que celles faisant appel à des dates l'étaient le moins. Calsyn, Allen, Morse, Smith et Tempelhoff (1993) ont observé que les coefficients test-retest obtenus auprès d'itinérants atteints de troubles mentaux étaient positifs : BSI=0,96; revenus=0,99; nombre de jours sans-abri=1,00. La consistance interne des outils dans ce contexte était acceptable, sauf pour les mesures d'estime de soi et d'ajustement interpersonnel. Dans une étude récente, Calsyn, Morse, Klinkenberg et Trusty (1997) ont observé qu'il y avait une concordance modérée entre l'itinérant et son gestionnaire de cas concernant l'utilisation des services, mais une concordance faible pour l'utilisation de programmes de traitement de jour et de traitement pour des troubles liés à l'alcool. Il ressort donc que la fiabilité des réponses dans notre étude varie selon le type de question et qu'il est difficile d'évaluer à quel point les renseignements sont exacts.

### *Modèle*

Le modèle de Pescosolido a été utilisé afin d'apporter un éclairage nouveau sur l'utilisation des services chez des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. L'étude n'avait pas pour but d'évaluer ou de tester le modèle, une telle tâche se révélant pratiquement impossible. En effet, Pescosolido (1991, 1992) en convenait dans ses écrits et suggérait plutôt de vérifier quelques hypothèses qui lui apparaissaient découler de son modèle. Un modèle aussi complet, décrivant des blocs de variables dont les liens ne sont pas très précis, peut difficilement être validé en une seule étude. L'aspect dynamique du modèle, bien que séduisant, rend difficile la mesure de ces liens. Pescosolido considérait qu'il fallait utiliser des méthodes qualitatives et quantitatives, de même que des études longitudinales et concurrentes afin de vraiment prendre en compte tous les aspects impliqués dans ce modèle. Il aurait donc été pratiquement impossible de bien appliquer ces différents types de recherche à la présente étude, surtout en considérant la clientèle visée. À cet effet, Bachrach (1992) soulignait la difficulté de faire des études longitudinales auprès d'une clientèle aussi mobile et difficile d'accès.

Par ailleurs, il faut se rappeler que la présente étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête plus vaste sur la santé des personnes itinérantes. Bien que permettant de rejoindre un nombre élevé de répondants grâce à une équipe possédant les fonds nécessaires à la réalisation d'une telle étude, il n'en demeure pas moins que ce fait ne permettait pas toujours de mesurer les concepts aussi finement qu'il aurait été désiré. En effet, puisque l'enquête principale visait à évaluer différents aspects de la santé auprès de la clientèle des ressources de Montréal-Centre et de Québec, il fallait tenter de rester le plus parcimonieux possible quant aux questions posées et aux sujets abordés. Par exemple, le soutien social, tel que mesuré par des instruments comme le ASSIS, ne représente qu'une partie de ce que le modèle de Pescosolido suggère comme relations possibles relativement à la décision d'utiliser ou non les services de santé. Le modèle

considère que toute personne va utiliser des services en fonction, entre autres, des perceptions de son entourage. Pour bien mesurer cet aspect, il aurait fallu ajouter au questionnaire déjà volumineux des questions provenant de modèles tels que celui des croyances en matière de santé («*Health Belief Model*»; Rosenstock, 1974) et celui de l'action raisonnée (Fishbein et Azjen, 1980); il aurait fallu aussi rencontrer les membres du réseau du répondant afin d'évaluer leurs croyances. Dans un contexte où l'itinérance est souvent définie par le manque d'affiliation, une telle entreprise est impensable à grande échelle; à peine l'est-elle dans une simple histoire de cas qualitative.

Il en va de même pour l'histoire de la maladie. En effet, même si le questionnaire utilisé évaluait plusieurs éléments de l'histoire de la maladie, il ne permettait pas de reconstituer la carrière de malade décrite par Pescosolido. Nous avons tenté de le faire, mais trop de précisions manquaient quant aux différents épisodes de maladie et aux rémissions entre ces épisodes. Nous avons réussi, dans la section des résultats descriptifs, à présenter un peu ces carrières, mais il était impossible de mieux préciser quand et dans quelles conditions se produisaient les entrées et sorties du système de soins. L'assiduité au traitement n'a pas davantage pu être mesurée de façon à pouvoir faire le lien avec la carrière en tant que malade. D'autres études seront donc nécessaires pour mieux comprendre ces carrières de malade, telles que définies par Pescosolido (1991, 1992).

Le modèle de Pescosolido s'est donc révélé difficile à utiliser dans le contexte de notre recherche. Pourtant, il apparaissait plein de promesses quant à son exhaustivité et à l'aspect dynamique des facteurs impliqués dans l'utilisation de services. Or, ce qui lui donnait son attrait constituait aussi une partie du problème lorsqu'est venu le temps de réaliser une étude s'en inspirant. En effet, ce modèle semble plus relever d'un modèle conceptuel que d'un véritable modèle théorique lequel devrait préciser les liens et la direction de ces liens. Pescosolido

elle-même a réalisé peu d'études avec ce modèle, si ce n'est qu'une analyse d'agrégats incluant différents services et une analyse de logit multinomique portant sur des résultats qualitatifs regroupés (Pescosolido, 1992; Pescosolido et al., 1998). Donc, jusqu'à présent, ce modèle semble peu utilisé et difficile à opérationnaliser.

De plus, force est de constater que l'utilisation de ce modèle dans notre étude n'a pas entraîné de résultats supérieurs à ceux émanant de modèles plus traditionnels, tel le modèle de Andersen et Newman (1973). En effet, tel que nous le verrons plus loin, les résultats de la présente étude convergent avec ceux de recherches ayant utilisé ce modèle. De plus, il faut souligner que ce modèle a évolué depuis la première version de 1973. En 2000, Andersen en présentait une version plus dynamique et adaptée aux personnes itinérantes. Cependant, dans leur recherche, Stein, Andersen, Koegel et Gelberg (2000) ont utilisé des analyses d'équations structurales ne prenant pas en compte les trajectoires originales du modèle (caractéristiques prédisposantes → caractéristiques facilitantes → besoins → utilisation) et évaluent les variables concurrentement. Notre recherche a tenté à la fois de garder une certaine hiérarchie des facteurs dans l'analyse de régression et d'analyser les variables de façon concurrente dans l'analyse d'agrégats. Il ressort que ces nouveaux modèles plus dynamiques et plus complets entraînent des difficultés à développer des devis permettant de les tester

#### *Utilisation des services*

L'utilisation des services, une variable importante dans le modèle décrit plus haut, a été dichotomisée et réduite afin d'inclure tous les types de services utilisés au cours de la dernière année. Cette façon de faire peut apparaître comme une limite, surtout en fonction des objectifs de départ. En effet, la présente étude mesurait l'utilisation de plusieurs services qui couvraient une large part de ceux utilisés par les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Certains types de services

auraient gagnés à être investigués, par exemple le suivi par une équipe *outreach*. Malheureusement le nombre de services évalués a dû être restreint à cause de la déjà trop longue entrevue. Par ailleurs, la dichotomisation de la variable d'utilisation des services en santé mentale s'est avérée nécessaire suite aux analyses préliminaires qui indiquaient que, d'une part, les différentes variables d'utilisation des services étaient significativement corrélées, ce qui n'ajoutait que très peu à la compréhension des facteurs impliqués. En fait, des analyses de régression ont été testées sur plusieurs des variables d'utilisation isolément et les facteurs associés se révélaient être les mêmes. D'autre part, certains services, tels les programmes de traitement de jour et les programmes résidentiels, n'étaient utilisés que par un nombre très limité de personnes, ce qui en limitait la pertinence dans l'analyse. Il ressort donc que, dans les circonstances, la pratique adoptée dans cette étude est la meilleure possible.

### **Discussion des résultats descriptifs**

Cette section porte sur les principaux résultats descriptifs de l'étude, soit les variables sociodémographiques, les caractéristiques de la maladie, de la carrière en tant que malade, le système de soutien social et l'utilisation des services. Puisque peu d'études ont utilisé la même méthode d'échantillonnage, les résultats de cette section seront souvent comparés avec ceux de Fournier (1991) et ceux de l'enquête principale. Les comparaisons faites avec celles-ci et surtout avec d'autres études devront être interprétées avec prudence. Elles permettent toutefois de donner un ordre de grandeur aux différents résultats obtenus et de les mettre en perspective.

#### *Variables sociodémographiques*

La présente étude comporte un nombre relativement élevé d'hommes. En effet, près de 90% des répondants de l'échantillon et de l'enquête principale sont

des hommes, alors que les études décrites au chapitre de la recension des écrits (Rossi, Fisher, & Willis, 1986 ; Toro & Warren, 1999) suggèrent que les femmes composent environ le quart de la population itinérante. De plus, le recensement qui a précédé la présente étude, bien que portant sur une population annuelle, rapportait que les femmes constituaient 23% des personnes fréquentant les ressources pour itinérants. Considérant que le genre représente une variable importante dans l'utilisation des services, ce détail doit être pris en compte. Il faut cependant se rappeler que la population annuelle peut présenter des différences avec la population journalière de notre étude.

On constate aussi qu'un peu plus de 20% des répondants sélectionnés pour l'étude ont entre 18 et 30 ans. Cette proportion est semblable à celle retrouvée dans l'enquête principale. On aurait pu s'attendre, puisqu'on parle souvent des jeunes comme de nouveaux itinérants, à constater une proportion plus élevée de personnes dans ce groupe d'âge. Il faut souligner ici que les jeunes sont sous-représentés dans l'enquête principale car plusieurs centres pour jeunes ont refusé de participer (Ostoj et al., 2001). La sous-représentation relativement à ce groupe tire son importance du fait que les résultats des deux recherches indiquent que l'âge est un facteur relié à l'utilisation des services, tel que nous l'avons vu dans la section de résultats de la régression logistique.

Quant au statut matrimonial, on retrouve dans la population à l'étude 72% de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux n'ayant jamais été mariées, ce qui correspond aux 60% à 70% rapportés dans une recension d'écrits de Fournier et Laurin (1996). Par ailleurs, nos données indiquent que 74% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont terminé leurs études en secondaire V ou moins. Or, cette moyenne s'approche des résultats de l'enquête principale rapportant une proportion de 78% de personnes itinérantes présentant un tel niveau de scolarité. Chevalier (2001) considère que ces taux de réussite

diffèrent substantiellement de ceux de la population en général. À cet effet, quelques auteurs (Bassuk Rubin, & Lauriat, 1984; Rossi, Wright, Fisher, & Willis, 1987) considèrent aussi que le niveau de scolarité chez les personnes itinérantes est semblable à celle de la population en général, bien que d'autres estiment qu'il serait moins élevé (Farr et al., 1986; Roth et al., 1985).

### *Troubles mentaux*

Les résultats indiquent qu'il y aurait quatre fois plus de personnes ayant souffert de troubles affectifs au cours de leur vie que de personnes ayant souffert de schizophrénie. Ces données ne diffèrent pas de ceux présentés par Fournier (1991), qui utilisait le DIS-III-R, où l'on dénombreait 8,7% de personnes atteintes de schizophrénie et 28,1% de personnes ayant souffert de troubles affectifs. À cet effet, il a déjà été souligné que cette version du DIS surestime les troubles de dépression majeure (North et al., 1997). Ces proportions sont aussi semblables à celles de la population en général (Fournier, Bonin, Poirier, & Ostoï, 2001). Cependant, dans une recension d'études américaines (Fournier, 1996), l'écart entre ces proportions n'est pas aussi grand, soit de 8% à 13% pour les troubles schizophréniques et de 8% à 17,5% pour les troubles affectifs. Donc, si la proportion de ces diagnostics est semblable à celle retrouvée dans d'autres études québécoises, il semble y avoir une surreprésentation de troubles affectifs comparativement à ce qu'on retrouve aux États-Unis. Toutefois, tel qu'expliqué précédemment, il faut tenir compte des différences méthodologiques entre les études et être prudent dans ces comparaisons.

Les résultats démontrent que 32% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux de l'Axe I souffrent aussi de trouble de personnalité antisociale. Cette proportion est semblable à celle retrouvée dans les études de Fournier (1991) et dans l'enquête principale, soit, respectivement, de 37% et 35%. Une étude où l'on a vérifié en détail l'identification du trouble de personnalité

antisociale évaluée à 32% la proportion de personnes itinérantes ayant ce type de problèmes (Koegel & Burnam, 1992). Il apparaît toutefois que ce diagnostic n'est pas facile à établir, particulièrement chez les personnes itinérantes. Ainsi, ces auteurs ont démontré que le fait d'enlever trois items du DSM-III-R trop directement reliés à la situation d'itinérant faisait baisser de 8% la proportion de personnes ayant ce type de problèmes. Par contre, des études ultérieures telles que celle de North, Smith et Spinagel (1993) et Widiger et al. (1996) ont démontré que le diagnostic était valide. De plus, une autre étude de North, Pollio, Thompson, Ricci, Smith et Spinagel (1997) soulignait que le DIS, dans sa version du DSM-III-R, sous-évaluait les troubles de personnalité antisociale, comparativement à une évaluation clinique faite par un psychiatre ou un psychologue. Donc, si Tolomiczenko, Sota et Goering (2000) ont souligné l'importance d'évaluer les troubles de personnalité afin d'offrir des services plus appropriés, la mesure de ce trouble reste toujours complexe et demande à être interprétée avec prudence.

Nos données indiquent que 43% de la population à l'étude ont déjà fait une tentative de suicide. Dans l'enquête principale, 35% des personnes itinérantes ont déjà fait le même geste (Fournier, Bonin, Poirier et Ostoj, 2001). Selon l'étude de Linn, Gleber et Leake (1990), les personnes itinérantes sont plus nombreuses à avoir fait des tentatives de suicide au cours de leur vie que les personnes pauvres domiciliées, soit respectivement 30% contre 20%. Susser, Struening et Conover (1989) dans une étude dans des refuges de New York ont rapporté 19% de tentatives de suicide, alors que Kales, Barone, Bixler, Miljkovic et Kales (1995) ont plutôt trouvé qu'un tiers des personnes avaient fait un tel geste. Schutt, Mershede et Rierdan (1994) estiment que le taux de suicide chez les personnes itinérantes est beaucoup plus élevé que dans la population en général et que le soutien social jouerait un rôle dans la diminution des pensées suicidaires, mais n'ont pu mettre en évidence un rôle médiateur. Les comportements suicidaires des

personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux constituent donc un problème majeur et on connaît encore mal les facteurs en cause.

Environ 70% des répondants présentent des troubles liés à l'alcool ou à la drogue au cours de leur vie. Cette proportion est semblable à celle rapportée dans l'enquête principale, où on l'estimait à 66%. Fournier (1991) rapportait une proportion de près de 74% de personnes itinérantes ayant à la fois un diagnostic de troubles mentaux et un trouble lié à la drogue ou à l'alcool. Cette donnée est importante car Drake, Ocher et Wallach (1991) soulignent que les personnes possédant les doubles diagnostics de troubles mentaux et de troubles d'abus de substances constituent un sous-groupe particulièrement vulnérable, et ayant des besoins de services complexes. Ces personnes seraient plus enclines à devenir itinérantes car leur abus de substances et leur manque d'assiduité au traitement les mènent à des comportements dérangeants, à la perte de soutien social et à de l'instabilité résidentielle. De plus, les dispensateurs de services tendent à voir les personnes comme unidimensionnelles; ils voient la personne, soit comme ayant un trouble de santé mentale ou comme ayant un trouble d'abus de substances, ce qui a comme conséquence que ces personnes ne reçoivent souvent aucun traitement (Ungerleider et al., 1992). Nous verrons plus loin des pistes d'intervention pour ces personnes.

La population à l'étude compte près de 80% de personnes ayant été sans domicile fixe au cours de leur vie, et environ un tiers qui l'ont été pour la dernière fois au cours de la dernière année. Des proportions semblables ont été observées dans l'étude de Fournier (1991), soit que 18,5% de personnes n'avaient jamais été sans domicile fixe. Par ailleurs, notre étude ne compte que 23% de personnes ayant été sans domicile fixe une seule fois, ce qui est très similaire aux résultats de l'enquête principale où l'on comptait 25% de personnes dans cette situation. Par contre, des études de Fournier (1991) et Morse et al. (1985) comptaient respectivement 36% et 47% de répondants dans cette situation. Il est possible

toutefois que ces écarts observés soient attribuables à des différences méthodologiques.

#### *Histoire de la maladie et utilisation des services*

Une variable importante de l'histoire de la maladie, est que 60% des répondants de la présente étude ont vécu leur premier épisode de maladie avant leur première période d'itinérance. Ces données concordent avec celles de Morse et Calsyn (1986) qui, parmi des sans-abri ayant été hospitalisés en psychiatrie, soulignaient que 73% des personnes avaient vécu leur première hospitalisation avant leur première période d'itinérance. De même, Fournier et al. (1994) ont identifié que pour 65% des sujets de leur étude, les problèmes de santé mentale se produisaient avant les problèmes d'itinérance, alors que près de 21% avaient vécu ces deux événements la même année. D'autres auteurs, tels Koegel et Burnam (1992), à partir d'un échantillon représentatif des itinérants de Los Angeles, rapportent que 71% des répondants avaient vécu un épisode de dépression, tel que mesuré par le DIS, avant leur première période d'itinérance. Ils soulignent cependant le fait que près de 30% ont vécu leur période d'itinérance avant leurs problèmes de dépression et que chez seulement 40% des cas, la dépression a précédé l'itinérance de plus de cinq ans. Il est donc possible que ces deux problèmes fassent partie d'une même "longue spirale vers le bas" (Koegel & Burnam). Ainsi, si l'itinérance comme telle n'est pas nécessairement impliquée dans le diagnostic de dépression, il est probable, selon les auteurs, que la démoralisation et le stress de cette condition précipite quelques épisodes vécus par les personnes itinérantes. Ces considérations rejoignent les préoccupations de Pescosolido (1991, 1992), à l'effet que ces divers éléments de l'histoire de vie, auxquels s'ajoutent les ressources tel le soutien social, s'influencent de façon dynamique.

Selon nos données, plus de la moitié des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux n'ont jamais été hospitalisées en psychiatrie. Ces résultats concordent avec ceux de Fournier (1991) qui évaluait à 46% la proportion de personnes atteintes de troubles mentaux ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie. Cependant, le nombre de personnes n'ayant pas été hospitalisées reste tout de même assez élevé, considérant que la population à l'étude est constituée de personnes ayant des troubles de santé mentale au cours de leur vie. On peut alors se demander si ces dernières avaient besoin de tels services. Ainsi, étant donné le nombre élevé de personnes ayant déjà souffert de dépression majeure, particulièrement dans la présente étude, il est possible que ces personnes aient été traitées seulement en clinique externe, sans se faire hospitaliser, puisque 63% des personnes ayant déjà eu ce type de problèmes n'ont pas été hospitalisées.

Nos données indiquent que 72% de la population à l'étude ont présenté un trouble mental de l'Axe I au cours de la dernière année. Or, au cours de cette période, seulement 10% des répondants ont été hospitalisés en psychiatrie, 36% recevaient l'aide d'un professionnel, 13% se sont présentés à l'urgence et 13% ont reçu une psychothérapie. Au total, 44% ont reçu l'un ou l'autre des services, et 46% ont reçu un traitement, si l'on ajoute la consommation de médication psychiatrique. Donc, il semble que bon nombre de personnes ayant eu des besoins au cours de la dernière année n'ont pas reçu de services.

À cet effet, la figure 3 (chapitre 4) décrit la situation des personnes n'ayant pas été hospitalisées au cours de la dernière année. Parmi celles-ci, une forte majorité se sont présentées à l'urgence d'un hôpital psychiatrique pour des problèmes de santé mentale, sans être hospitalisées. De plus, près de la moitié de ces personnes se sont présentées à un hôpital ou à l'urgence suite à une tentative suicidaire. Ces faits laissent supposer que ces personnes itinérantes atteintes de

troubles mentaux, si elles n'ont pas été hospitalisées, ont été évaluée et peut-être reçu une forme de traitement qui s'est poursuivi en clinique externe.

Les barrières à ces services peuvent provenir, tel que décrit dans la recension des écrits, des attitudes de la part des professionnels des institutions ou des clients eux-mêmes. À cet effet, on constate que les principales raisons données par les répondants pour ne pas avoir consulté de professionnels émanent plus de la personne elle-même que des institutions. Ainsi, les raisons invoquées par les personnes pour n'avoir pas reçu de soins ou de services alors qu'elles avaient des besoins, sont les cas où le client voulait régler le problème lui-même ou il pensait qu'il se réglerait de lui-même. Ceci diffère cependant d'une étude américaine de Rosenheck et Lam (1997) à l'effet que les barrières les plus fréquemment nommées sont: ne pas savoir où aller pour recevoir des services (32%), ne pas pouvoir se payer les services (29%), trouver que l'obtention de services représente trop de confusion, de trouble ou d'attente (27%) et le fait d'avoir été refusé par les services auparavant (16%). Il est cependant difficile de comparer les deux études, qui diffèrent par leur échantillonnage, leurs questions et par le fait qu'il s'agit de systèmes de soins différents.

Par ailleurs, on constate qu'environ un tiers des personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie rapportent qu'elles n'étaient pas d'accord avec leur dernière hospitalisation et le traitement et que, conséquemment, bon nombre ont quitté l'hôpital avant la fin en signant un refus de traitement ou en quittant simplement avant la fin du dit traitement. Ces résultats ramènent à des constats de Pescosolido (1998) selon qui 23% des clients en psychiatrie entrent à l'hôpital contre leur gré, que 46% y entrent par choix et que les autres se débrouillent tant bien que mal, sans résister au traitement ni le rechercher pour autant. De même, Monahan et al. (1996), estimaient que 46% des personnes hospitalisées en psychiatrie n'avaient ressenti aucune pression d'y entrer, 38% rapportaient des

efforts de persuasion du milieu et 10% y avaient été forcées. Il est donc probable qu'une bonne proportion des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont vécu des hospitalisations forcées à la suite d'actes dérangeants ou criminels, qui se sont traduites par des désaccords avec le traitement. Il est possible, conformément au modèle de Pescosolido, que les personnes aient subi des pressions de leur famille ou de leur entourage pour se présenter à l'urgence d'un hôpital offrant des soins psychiatriques. Cependant, la notion de coercition rapportée par le client est mise en doute par Hoge et al. (1998) qui rapportent que 10% des patients admis sur une base volontaire à un hôpital psychiatrique disaient avoir vécu de la coercition, pendant que 35% des sujets admis sur la base d'un statut légal involontaire disaient y être par choix. Il appert donc que la perception du client, dans le cadre de la présente étude, doit être prise avec prudence.

#### *Assiduité à la médication*

L'assiduité au traitement pharmacologique constitue un élément important du modèle de Pescosolido, car elle s'inscrit dans une trajectoire permettant à la personne atteinte de troubles chroniques, tels les troubles mentaux, de demeurer dans le système de soins. De plus, c'est une condition importante pour la réussite du traitement des malades mentaux dans la communauté (Nyamathi & Shuler, 1989), une modalité de traitement de plus en plus préconisée. Dans la présente étude, plus de 60 % des personnes qui déclarent avoir eu une ordonnance pour des médicaments psychiatriques disent les prendre toujours ou assez souvent tels que prescrits. Cette proportion apparaît assez élevée, puisque l'on considère généralement que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont des problèmes d'assiduité au traitement pharmacologique (Ungerleider et al., 1992). Par exemple, Dixon, Weiden, Torres et Lehman (1997) indiquent que seulement 29 % de leur échantillon de personnes itinérantes au début d'un programme

PACT<sup>1</sup> étaient assidues à leur médication; les sujets étaient tous atteints de troubles mentaux graves. Par contre, Nyamathi et Shuler (1989), à la lumière d'une recherche effectuée dans un refuge de Los Angeles, estiment que près du tiers des personnes itinérantes ne sont jamais ou pas plus de la moitié du temps assidues à leur médication, psychiatrique ou autre. Cependant, la mesure précise de l'assiduité à la médication psychiatrique fait face à plusieurs embûches (Bonin, 1999). Ainsi, il existe des mesures directes, telle la lithémie, et des mesures indirectes, telle l'entrevue. Or, les premières présentent des imprécisions au niveau de la fidélité et de la sensibilité pour véritablement mesurer l'assiduité au traitement. Quant aux mesures indirectes, Roth (1987) indique que lorsque le client affirme ne pas prendre sa médication telle que prescrite, les mesures directs corroborent cette affirmation; si le client se prétend assidu, et que la réponse est importante, l'auteur recommande d'être prudent. Nos résultats se rapprochent donc de ceux de Nyamathi et Schuler à l'effet que les personnes itinérantes seraient assez assidues à leur médication, mais il faut être vigilant dans l'interprétation de ces résultats.

### *Soutien social*

Un autre élément important du modèle de Pescosolido relativement à l'utilisation de services réside dans le soutien social. Sans en examiner tous les aspects, tel que prescrit par Pescosolido, les résultats de cette étude permettent de mieux connaître la composition du réseau de soutien chez les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, le nombre moyen de membres dans le réseau est de trois personnes. Ceci diffère considérablement de l'étude de Fournier (1991) où l'on observait 9,8 personnes dans le réseau social des itinérants. Cependant, dans cette étude, les répondants considéraient avoir des relations significatives avec seulement trois personnes. Par ailleurs, d'autres

---

<sup>1</sup> PACT (Program of Assertive Community Treatment) : Programme de suivi intensif dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves qui inclut le traitement, la réadaptation et le suivi s'articulant totalement en milieu naturel.

études (Cohen et Sokolovsky, 1981; Bates et Toro, 1999) rapportent des tailles de réseau d'environ 4 à 5 personnes, ce qui s'approche des résultats de la présente recherche. Comme l'explique Fournier (1991), les comparaisons avec d'autres études doivent toutefois être faites avec prudence, car la façon de faire nommer les personnes influence directement la taille du réseau. Il faut aussi considérer que la présente étude ne permettait pas au répondant de nommer plus de 12 personnes, mais il est peu probable que cela ait joué un rôle puisqu'à peine 0,9% des itinérants ont pu nommer 12 personnes.

Il ressort donc de ces résultats descriptifs que plusieurs convergent avec ceux d'autres recherches. Ils ont permis de préciser divers aspects reliés à l'utilisation des services chez des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. La prochaine section discute des résultats émanant de l'analyse de régression logistique.

### **Discussion des résultats de l'analyse de régression**

L'analyse de régression logistique hiérarchique avait pour but de préciser les variables les plus susceptibles de présenter un lien avec l'utilisation ou non de services en santé mentale chez des personnes qui présentent des troubles mentaux. Par ailleurs, rappelons la méthode choisie pour déterminer les variables faisant partie de l'analyse. Premièrement, le modèle déterminait des concepts et variables pertinents à l'utilisation des services. À partir, de ce modèle, nous avons tenté de mesurer les principales variables à l'aide d'instruments reconnus. Par la suite, des analyses bivariées ont été utilisées afin de déterminer les variables significativement reliées à l'utilisation des services et qui ont été introduites dans l'analyse de régression logistique subséquente. Certaines variables ont été ajoutées à cause de leur pertinence. Enfin, les variables significatives de cette dernière analyse ont été entrées dans l'analyse d'agrégats.

Par ailleurs, l'échantillon de cette analyse a été limité aux personnes qui avaient souffert de tels troubles au cours de la dernière année, afin d'identifier les facteurs reliés à leur utilisation de services au cours de la même période. Il était présumé que, puisque la maladie mentale ne disparaît généralement pas tout à fait en quelques semaines, les personnes ayant vécu ce type de problème avaient besoin de tels services.

Dans un premier temps, on constate que la plupart des blocs de variables se sont révélés significatifs, sauf celui de la carrière en tant que malade. Or, tel que discuté plus haut, ce concept est sans doute celui qui présentait le plus d'embûches quant à la mesure. En effet, Pescosolido décrit que cette carrière est constamment en relation dynamique avec l'utilisation de services. Dans la présente étude, certaines variables de la carrière en tant que malade ne pouvaient être incluses dans la régression sans créer un effet de redondance avec la variable dépendante. Ainsi, la prise de médicament et l'assiduité à ceux-ci, auraient pu être des variables intéressantes, mais redondantes. De plus, l'assiduité antérieure à la dernière année n'était pas mesurée avec assez de précisions pour pouvoir être utilisée dans l'analyse. La carrière de malade n'était donc représentée que par deux variables, soit l'hospitalisation antérieure en psychiatrie et le nombre de rémissions, et seule la première s'est montrée significativement reliée à l'utilisation récente de services en santé mentale. Par ailleurs, il faut tenir compte que ce concept de carrière était aussi représenté par des éléments telles les variables liées au diagnostic qui, bien que considérées dans un autre bloc, jouent sûrement un rôle dans la carrière. Les blocs ne sont donc pas, en accord avec l'esprit du modèle de Pescosolido, mutuellement exclusifs.

On peut aussi constater que le bloc des variables dites de contenu social est significativement relié à l'utilisation de services. Les recherches (Padgett, Struening, & Andrews, 1990 ; Wenzel et al., 1995; Koegel et al., 1999) ayant utilisé

le modèle de Andersen et Newman (1973) ou la version élargie (Gelberg, Andersen, & Leake, 2000) ont isolé peu de variables provenant du bloc des facteurs appelés prédisposants par ce modèle. En effet, dans ces recherches, on ne trouve, comme variable significative, que le niveau d'éducation, le fait de coucher à l'extérieur ou dans des endroits publics ou le fait d'être une femme. Or, dans la présente recherche, le niveau d'éducation n'était pas une variable significative. Pour ce qui est des personnes qui couchaient exclusivement à l'extérieur, nous avons expliqué plus haut que les personnes n'allant pas dans des ressources n'ont pas été rencontrées. Cependant, on constate que la situation de SDF au cours de la vie est un facteur significatif, ce qui converge sans doute vers les résultats de Wenzel et al (1995). Le fait d'être une femme est aussi un facteur significativement relié à l'utilisation de services dans la présente étude.

À l'instar des études basées sur le modèle d'Andersen et Newman (1973), la présente étude met en évidence l'importance des facteurs habituellement associés aux besoins, soit le diagnostic, les troubles liés à l'alcool et les troubles de personnalité surajoutés, et les hospitalisations antérieures, cette dernière pouvant être perçue comme faisant partie des variables prédisposantes ou des besoins de la personne. Enfin, peu d'écrits ont identifié des variables associées aux ressources ou aux facteurs facilitants comme étant reliées à l'utilisation de services. Seuls, Koegel, Burman et Farr (1988) ont identifié l'aide d'un dispensateur de services hors du système officiel de traitement en santé mentale pour avoir accès à des services. Notre recherche ne mesurait cependant pas cette variable.

La recherche de Stein, Andersen, Koegel et Gelberg (2000) qui utilise le modèle élargi d'Andersen et Newman (1973) rapporte que le soutien communautaire, les barrières perçues et le fait d'avoir un endroit où aller pour recevoir des soins étaient des variables significativement reliées à l'utilisation de services. Notre étude ne mesurait pas, ou pas suffisamment, les variables

significatives décrites par cette recherche. Cependant, Stein et al. rapportaient que les variables de soutien social, de statut domiciliaire et de troubles mentaux ne prédisaient l'utilisation d'aucun service. Or, notre étude a identifié le nombre total de membres dans le réseau social, qui inclut aussi des membres formels, comme un facteur influençant l'utilisation de services. Le statut domiciliaire, bien que mesuré différemment, s'est aussi révélé significatif, alors que le diagnostic psychiatrique ne l'était pas. Il ressort donc que les résultats de la présente étude, bien qu'utilisant un autre modèle, sont congruents avec plusieurs de ceux obtenus en utilisant le modèle d'Andersen et Newman.

### **Discussion des résultats de l'analyse d'agrégats**

Bien que des progrès aient été notés au cours des dernières années, la méthode d'analyse d'agrégats repose sur des statistiques qui, n'ayant pas de critère statistiques pour inférer la généralisabilité, demeure à un niveau plutôt exploratoire et présente quelques limites.

D'abord, l'utilisation d'étiquettes permettant de distinguer les agrégats exige quelques explications. En effet, suite à l'analyse d'agrégats, des groupes ont été identifiés et nommés, souvent en utilisant la ou les variables qui ressortaient le plus pour chacun de ces groupes et ce, de façon presque absolue et en terme de différence avec les autres groupes. Or, tel qu'exprimé par Rapkin et Luke (1993), on a souvent tendance à interpréter les profils d'agrégats en mettant l'accent sur des scores extrêmes pour certaines variables. Il faut donc tenir compte que les personnes de chaque groupe présentent aussi des variables avec des scores intermédiaires, dont la valeur n'est pas zéro. Il existe donc des personnes dont les résultats se situent à la limite de certains groupes et qui, en utilisant une autre méthode, soit de distance, soit d'agrégats, auraient fait partie d'un autre groupe. Le nombre de groupes, de même que leur composition, se fait aussi à l'aide d'une connaissance du milieu et de la clientèle concernée. On ne peut donc prétendre à une « pureté » des groupes. Les étiquettes permettent seulement de mieux saisir

l'essence du groupe auquel l'individu semble le plus rattaché et ce, en tenant compte d'un ensemble de variables.

L'analyse d'agrégats donne une solution à six agrégats et ces groupes sont relativement stables. Cette analyse a été réalisée selon une méthode qui apparaissait plus rigoureuse que les précédentes. Ainsi, elle est basée sur un échantillon comptant un nombre important de sujets. De plus, le nombre de personnes à recruter dans chaque type de ressource pour itinérants a été estimé à partir d'un dénombrement préalable. Cependant, contrairement aux étapes précédentes, soit la partie descriptive et l'analyse de régression, il n'était pas possible d'utiliser la pondération à cause de la méthode d'analyse d'agrégats utilisée. Par contre, cette pondération était possible lors de l'utilisation d'autres méthodes (i.e. *k-means*) et les résultats se sont révélés assez semblables. Notons aussi que la présente analyse d'agrégats repose sur une étape préalable, soit l'analyse de régression logistique, laquelle a permis de faire un choix parcimonieux de variables tout en s'assurant que ces dernières jouaient un rôle dans l'utilisation des services. Aucune des études recensées n'a utilisé une telle méthode pour choisir les variables qui devaient entrer dans l'analyse. De plus, à l'instar de l'étude de Shepherd (1999), les méthodes de distance D-Gower et la technique d'agrégat de Ward ont été utilisées. Peu d'études ont été recensées utilisant cette combinaison, laquelle permettait d'inclure des variables dichotomiques, nominales et continues. À notre connaissance, donc, la démarche de la présente étude était la plus rigoureuse utilisée jusqu'à maintenant dans ce domaine de recherche.

Les groupes qui sont ressortis de l'analyse s'apparentent à certaines études décrites dans la recension des écrits, bien qu'utilisant des méthodes et des populations différentes. Ainsi, Mowbray, Bybee et Cohen (1993) ont identifié quatre groupes au sein d'un échantillon composé de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux recrutés dans des refuges, dans des unités de soins

psychiatriques et dans un service de soins dans la communauté. Ce sont: les hostiles/psychotiques, les dépressifs, les itinérants qui font des abus de substance et ceux qui fonctionnent le mieux. Humphrey et Rosenheck (1995) ont identifié quatre groupes parmi des itinérants vétérans atteints de troubles mentaux chroniques: les alcooliques, ceux ayant des troubles mentaux, ceux ayant de multiples problèmes et ceux ayant un meilleur fonctionnement. Or, la présente étude a identifié six groupes de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, dont un groupe de schizophrène et psychotiques, plusieurs groupes ayant des troubles affectifs, puisque ce problème était très fréquent, un groupe de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool, et un groupe qui semble avoir moins de problèmes, le groupe 2. De plus, certains groupes identifiés par la présente étude peuvent se juxtaposer à quelques-uns des 11 groupes de Shepherd (1999), tels les femmes, les psychotiques et les dépressifs alcooliques.

De plus, il faut noter que non seulement les groupes identifiés ressemblent à ceux d'autres recherches, mais ils permettent de reconnaître de façon assez nette des sous-groupes parmi les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ces groupes se sont révélés non seulement distincts relativement aux variables utilisées dans l'analyse, mais aussi pour les autres variables reliées aux diagnostics et à l'utilisation de divers services en santé mentale. En effet, les groupes étaient significativement différents pour ces autres variables, ce qui permet une meilleure connaissance de ces groupes d'utilisateurs de services en santé mentale. À notre connaissance, aucune recherche a pu présenter de tels agrégats, tout en utilisant la méthode décrite plus haut.

Les groupes identifiés par la présente étude permettent donc de clarifier les types de clientèles distinctes auxquelles on doit s'adresser. En effet, qu'il s'agisse des femmes, des personnes atteintes de schizophrénie, des personnes ayant des troubles liés à l'alcool ou des personnes SDF au cours de la dernière année, ces

groupes présentent des problématiques différentes et requièrent des interventions adaptées. Ce point est discuté plus loin.

### **Facteurs associés à l'utilisation de services en santé mentale**

Il ressort des analyses de régression que chez les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux au cours de la dernière année, l'utilisation de services en santé mentale est prédite par plusieurs facteurs : le fait d'être une femme, d'être plus jeune, de ne pas être sans domicile fixe actuellement, la présence de problèmes d'alcool au cours de la vie ou de troubles de personnalité antisociale actuellement, le fait d'avoir déjà été hospitalisé en psychiatrie et une taille de réseau plus grande.

Dans un premier temps, il convient de souligner que ces facteurs permettent de reconnaître les personnes qui utilisent les services en santé mentale et inversement, ceux qui ne les utilisent pas. Il faut donc que les intervenants en santé mentale, particulièrement ceux qui oeuvrent dans la communauté tiennent compte de ces caractéristiques. Il faut particulièrement se souvenir que les hommes, les plus âgés, les personnes sans domicile fixe actuellement et qui ont un faible réseau de soutien sont les plus à risque de ne pas recevoir de soins. Denoncourt, Desilets, Plante, Laplante et Choquet (2000) rapportent que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont souvent présentées à l'équipe « *outreach* » par des intervenants ou par d'autres itinérants. Or, une petite partie de la clientèle vit dans l'itinérance littérale, c'est-à-dire qu'elle ne fréquente aucun organisme et vit sur la rue isolée du reste la communauté. Il importe donc de rester vigilants pour intervenir auprès de ces personnes.

#### *Les femmes*

Être femme est un prédicteur puissant d'utilisation des services en santé mentale. En effet, une plus grande proportion de femmes se sont présentées à

l'urgence au cours d'une période de 12 mois, ont pris des médicaments pour les nerfs, ont eu recours à la psychothérapie, à des programmes de traitement de jour ou des programmes résidentiels, et étaient suivies par un professionnel au moment de l'entrevue. On observe également une tendance à ce que le taux d'hospitalisations en psychiatrie soit plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Les recherches au sujet des hospitalisations en psychiatrie chez les femmes itinérantes ne sont pas très concluantes. D'une part, Robertson (1986) a rapporté que ces femmes avaient un plus haut taux d'hospitalisation en psychiatrie que les hommes, soit respectivement de 25 à 35% contre de 13 à 30%. Crystal (1984) ajoute que les femmes ont été plus souvent hospitalisées en psychiatrie, mais elles auraient passé moins de temps dans le système correctionnel. Par contre, selon Calsyn et Morse (1990), les hommes et les femmes ne diffèrent pas quant aux traitements passés et présents en santé mentale, mais se distinguent par rapport à d'autres types de services. Ainsi, les femmes recevraient plus de services médicaux, de logements sociaux, d'aide à la recherche de logement, de prestations d'aide sociale et de bons d'alimentation. Par ailleurs, les travaux sur la base d'analyses multivariées (Koegel et al., 1999 ; North & Smith, 1993 ; Padgett, Struening, & Andrews, 1990) n'ont pu mettre en évidence de différences entre les femmes et les hommes quant à l'utilisation des services de santé mentale.

Or la présente étude a identifié le fait d'être une femme comme significativement relié à l'utilisation de services en santé mentale, même en analyses multivariées. Ces données sont congruentes avec les données de la population en général à l'effet que les femmes consultent plus les professionnels de la santé (Institut de la Statistique du Québec, 1998), soit 29,2% contre 21,1 % pour les hommes. Il est difficile de comprendre la différence entre ces résultats et ceux d'études américaines. Évidemment, on peut croire que le fait d'introduire des

variables différentes dans l'analyse peut produire des résultats divergents. Peut-être aussi les différences dans le système de santé permettent-elles plus facilement aux québécoises de recevoir des soins et ce, indépendamment de leur niveau économique ? Or, dans un contexte où tous sont pauvres, comme la présente recherche, ne serait-ce pas que le reflet d'une plus grande préoccupation des femmes pour leur santé ?

### *Les jeunes*

Dans la présente étude, il appert que l'âge joue un rôle dans l'utilisation des services en santé mentale, les plus jeunes les utilisant plus que les plus âgés. Ceci est en accord avec les résultats de l'enquête principale (Bonin & Fournier, 2001), qui incluait aussi des personnes itinérantes ne souffrant pas de troubles affectifs ou schizophréniques, à l'effet que le groupe de plus jeunes utilisait plus les services de professionnels pour des problèmes de santé mentale au moment de l'entrevue. Ces résultats diffèrent de résultats en population générale à l'effet que les personnes consultent progressivement plus de professionnels de la santé, tous problèmes confondus, à mesure que leur âge avance (Institut de la Statistique du Québec, 1998). Ainsi, 19% des 15 à 24 ans auraient consulté un professionnel de la santé au cours des 2 semaines précédentes, alors que 24% des 25 à 44 ans, 28% des 45 à 64 ans, et 34% des 65 ans et plus l'auraient fait. Or, bien que le découpage soit différent, notre étude révèle plutôt que 60% des 18 à 29 ans, 35% des 30 à 44 ans et 45% des 45 ans et plus consultaient des professionnels pour des problèmes de santé mentale au moment de l'enquête. Par contre, nos résultats convergent avec ceux de Fournier (1991), où le groupe des 30 ans et moins constituait le second groupe d'âge le plus hospitalisé au cours des 12 derniers mois (37%) et celui qui utilisait le plus de psychothérapie, soit 43%. Donc, la trajectoire de soins des personnes itinérantes pour des problèmes de santé mentale semble différer de celle de la population générale pour l'ensemble des troubles de santé.

L'explication de cette différence peut résider dans le fait que les troubles mentaux mesurés dans la présente étude se présentent plus fréquemment chez les plus jeunes et que la prévalence tend à diminuer avec l'âge. Par exemple, on note une forte proportion de personnes atteintes de troubles affectifs dans notre étude. Leblanc (1999) rapporte que l'âge du premier épisode de dépression majeure s'abaisse progressivement. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, on constate que cette maladie débute à un âge plutôt jeune et qu'environ 30% peuvent s'en remettre complètement. Dans la population générale, les problèmes de santé augmentent avec l'âge et les gens consultent plus. Ainsi, Hulka et Wheat soulignent que les jeunes et jeunes adultes utilisent moins les services que les personnes aux extrémités de la durée de vie. De plus, une proportion réduite de personnes âgées utiliserait une quantité importante de services ambulatoires. Paradoxalement, il a été souligné qu'une minorité de personnes atteintes de troubles dépressifs reçoit des traitements dans une année donnée (Regier et al., 1993). La comparaison entre ces deux populations quant à leur utilisation de services demanderait donc des études plus épidémiologiques plus poussées afin de mieux comprendre les processus associés.

À cet effet, Gelberg, Linn et Mayer-Oakes (1990) considèrent que, même si les personnes itinérantes âgées ont plus de problèmes de santé en général que les plus jeunes, elles n'utilisent pas plus de services de santé. Selon ces derniers, les itinérants de 50 ans et plus présenteraient aussi moins de symptômes psychotiques que les moins de 50 ans. Ces résultats sont aussi en accord avec une recherche, non spécifique à la population itinérante, de Horwitz et Uttaro (1998) à l'effet que les personnes plus jeunes reçoivent plus de soutien informel et de services en santé mentale. Il ressort donc que l'utilisation des services selon les groupes d'âge reste à étudier plus à fond.

### *Troubles reliés à l'abus de substances*

Les personnes présentant des troubles reliés à l'alcool utilisent significativement plus les services de santé mentale que les autres. Ce résultat apparaît étonnant comparativement à d'autres études multivariées. Par exemple Padgett et al. (1990) observent qu'un score élevé à une échelle de problèmes reliés à l'alcool était associé à une plus grande utilisation de services de santé générale au cours des trois derniers mois, mais pas avec l'utilisation de services en santé mentale au cours de cette période. Koegel et al. (1999) ont plutôt trouvé que le fait de ne pas avoir de troubles liés à l'alcool était associé à une utilisation récente de traitement en santé mentale. Par ailleurs, Wenzel et al. (2001) ont plutôt mis en lumière que le fait de souffrir de schizophrénie et de troubles liés à l'utilisation de substances était significativement et inversement relié à l'utilisation de services de traitement interne ou résidentiels pour ces derniers problèmes. Il appert donc que nos résultats sont plutôt étonnants face à ces études. Il est possible que ces résultats, de part et d'autre soient dus à des différences quant aux variables introduites simultanément dans l'analyse. Par exemple, ces derniers auteurs ont entré simultanément la présence de problèmes de drogues et la gravité des troubles liés à des substances.

Il est aussi possible que notre système public de soins ait eu une influence sur ces résultats. Ainsi, étant donné ce système de soin et la définition englobante des services dans la présente étude, on peut croire que la multiplicité des problèmes augmente les chances d'avoir rencontré un professionnel quelconque ou d'avoir reçu des soins en santé mentale au cours de la dernière année. Ainsi, une recherche longitudinale canadienne de Bland, Newman et Orn (1997), utilisant le DIS-III, souligne que les personnes souffrant de comorbidité recherchent plus d'aide que celles possédant un seul diagnostic. Soulignons par ailleurs que, lors de nos analyses préliminaires, une variable décrivant le nombre de types de problèmes, soit parmi un trouble mental, un trouble lié aux substance

et un trouble de personnalité antisociale, avait été insérée et s'avérait un facteur relié significativement à l'utilisation des services.

### *Troubles de personnalité antisociale*

Les personnes atteintes de troubles de personnalité antisociale au cours de la dernière année utilisent plus les services de santé mentale que ceux ayant eu ce problème antérieurement. Aucune étude n'a vérifié l'utilisation des services en lien avec les troubles de personnalité antisociale chez les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ; seules quelques études ont vérifié l'utilisation chez des non itinérants. Ainsi, Booth, Blow et Ludke (1996) estiment que, justement, le fait d'avoir des troubles de personnalité antisociale surajoutés à des troubles liés aux substances se traduit par des résultats négatifs suite aux traitements et, de ce fait, est associé à un taux plus élevé de réadmission en psychiatrie. Murray, Anthenelli et Maxwell (2000) ont par contre trouvé une proportion égale d'utilisation des services de santé dans le passé, mais ceux ayant des troubles de personnalité antisociale ont utilisé plus de services pour traiter les troubles d'abus de substance que ceux n'ayant que des troubles liés à l'alcool. Par ailleurs, Perry, Lavory et Hoke (1987) ont comparé prospectivement des groupes de personnes atteintes de personnalité antisociale, de troubles bipolaire II et de troubles de personnalité limite. Il ressort que ce dernier groupe utilise plus de services que les deux autres.

Il peut tout de même sembler étonnant que des études identifient les personnes atteintes de troubles de personnalité antisociale comme utilisant plus de services, puisqu'on décrit la personne antisociale comme ayant une tendance généralisée au mépris et à la violation des droits d'autrui et des lois. En effet, on retrouve chez ces personnes les comportements d'actes illégaux répétitifs, des fraudes, de l'impulsivité, de l'agressivité, des comportements risqués, de l'irresponsabilité et un manque de culpabilité (DSM-IV). Selon Goulet (1999) le

diagnostic serait généralement durable; dans certains cas, les comportements répréhensibles peuvent disparaître avec l'âge, mais plusieurs autres problèmes ont tendance à perdurer, tels l'alcoolisme, l'impulsivité et la dysphorie. Comment expliquer que ces personnes utilisent plus les services, étant donné leurs comportements pour le moins dérangeants?

Il faut souligner que ces personnes peuvent être séductrices, charmeuses et superficielles, afin de mieux pouvoir utiliser les autres (American Psychiatric Association, 2000). Peut-être ces aspects sont-ils reliés à cette utilisation plus élevée. Par ailleurs, il faut aussi se rappeler que le trouble de personnalité antisociale n'est devenu significatif que lorsque les hospitalisations antérieures ont été entrées dans la régression. Peut-être est-ce un effet relié à la variance partagée entre ces variables. Il faut aussi penser que ce trouble s'ajoute à un diagnostic psychiatrique de l'Axe I à vie et que, puisque le trouble de personnalité antisociale est souvent associé à un trouble de substance, il est tout simplement possible que le simple fait d'ajouter des problèmes augmente la possibilité que la personne utilise plus de services, tel que discuté plus haut.

### *Soutien social*

Les résultats indiquent que la taille du réseau de soutien social est un facteur significativement relié à l'utilisation de services. Tel que décrit plus haut, cette variable n'a pu être mesurée aussi finement que désiré. Dans diverses études, auprès de populations non-itinérantes, le lien entre le soutien social et l'utilisation de services en santé mentale n'est pas clair. Ainsi, certains auteurs ont trouvé une relation inverse entre la taille du réseau social et l'hospitalisation en psychiatrie (Lipton, Cohen, Fischer et al., (1981) ; Fraser et al., 1985 ; Faccincani, Mignolli & Platt, 1990 ; Becker et al., 1997). Or, dans notre recherche, peu de personnes ont été hospitalisées en psychiatrie au cours de la dernière année, ce qui peut expliquer cette différence d'avec les écrits. De plus, une recherche de Wu et

Serper (1999) suggère que le fait d'être itinérant et atteint de troubles mentaux peut rendre la personne moins réactive aux influences positives de l'environnement telles que le soutien social.

De plus, Mitchell (1989) considère que le fait d'avoir plus de personnes dans l'entourage à qui parler de choses personnelles est relié à une plus grande utilisation de psychothérapie. Enfin, Becker et al. (1997) ont indiqué que le nombre de services augmentait en fonction du nombre de personnes dans le réseau, et Lam et Rosenheck (1999) ont identifié que six de leurs mesures de soutien social étaient associées à la réception de multiples services. Ainsi, nos résultats concordent avec ces derniers.

Par ailleurs, il est possible que les personnes apportant du soutien relativement à la santé et faisant partie du réseau formel soient les personnes qui donnent les services. Cette variable ne peut cependant être plus précise, par exemple, quant au type de personnes ou de groupes formels identifiés. On ne peut donc savoir si les personnes nommées sont des professionnels de la santé mentale. Cependant, le fait que cette variable ressorte comme significative, même après que des variables telles les hospitalisations antérieures soient entrées dans l'analyse, rassure tout de même quant à la validité de cette variable. On peut donc présumer que ce résultat est valide dans la présente analyse.

### *Hospitalisations antérieures*

Le fait d'avoir été hospitalisé antérieurement est relié significativement à l'utilisation de services de santé mentale au cours de la dernière année. Ceci est congruent avec les résultats obtenus par Padgett, Struening et Andrews (1990) à l'effet que le nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie soit relié positivement à l'utilisation de services de santé actuellement. Ces résultats concordent aussi avec une étude réalisée au Québec à l'effet que le plus puissant

prédicteur d'utilisation de services de santé est l'utilisation passée de tels services (Béland, 1994).

### *Situation domiciliaire*

Les personnes n'ayant jamais été sans domicile fixe utilisent significativement plus les services que ceux qui l'ont été la dernière année, alors que ceux l'ayant été antérieurement ne présentent pas de différences significatives avec ces derniers. Ces résultats sont congruents avec le fait que les personnes sans domicile fixe vivaient des symptômes psychiatriques plus sévères, plus chroniques et seraient plus souvent réhospitalisées (Fournier, 1996). Cependant, dans une étude souvent citée (Caton, 1995), on a comparé 100 personnes itinérantes atteintes de schizophrénie et 100 personnes n'ayant jamais été itinérantes, atteintes de la même maladie. Il est ressorti que respectivement, 58% et 56% des personnes de ces deux groupes avait été hospitalisées au cours des 12 derniers mois, laquelle différence n'était pas significative et les deux groupes s'étaient présentés à l'urgence, en moyenne, 1,5 fois. De plus, le nombre de visites dans des services externes au cours de cette dernière année n'était pas significativement différent. Cependant, des différences avaient été notées quant au fait que les personnes itinérantes étaient plus souvent parties contre avis médical, avaient moins souvent reçu une prescription neuroleptique et avaient moins souvent bénéficié de planification du congé.

En résumé, nos résultats présentent certaines ressemblances et différences avec les études ayant vérifié des facteurs reliés à l'utilisation de services en santé mentale ou autre. Ces différences peuvent provenir du fait qu'en analyses multivariés chacune des variables introduites peut changer l'effet d'une autre variable avec laquelle elle partage une corrélation. De plus, comme nous l'avons dit fréquemment, il faut tenir compte des différentes définitions de l'itinérance et des divers devis utilisés. Enfin, il faut tenir compte que l'utilisation de services

dans des recherches américaines dont le système de soins diffère largement du nôtre présente inévitablement certaines différences.

### **Implications des résultats pour l'intervention**

Suite aux résultats décrits et discutés dans la présente étude, il est de mise de revoir comment les principaux résultats peuvent suggérer des pistes pour l'intervention auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux.

Un premier constat de cette étude est qu'il y a une proportion importante de personnes souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux dans la population itinérante, soit près de 60%. Cette proportion dépasse celles habituellement rapportées dans les études. Fournier (1996), dans une recension des écrits, rapporte qu'entre 28% et 37% des personnes itinérantes auraient souffert de troubles mentaux au cours de leur vie. De plus, Fournier (1991), lors d'une enquête semblable à la présente étude, et en utilisant la même définition de l'itinérance, estimait à 43% cette proportion. Sans entrer dans l'explication de ces écarts, mentionnons simplement que de telles proportions indiquent l'ampleur du problème de la maladie mentale chez les personnes itinérantes et la nécessité de trouver des solutions à cette situation.

Si certains auteurs se demandent encore si la désinstitutionnalisation est responsable de la proportion élevée de personnes atteintes de troubles mentaux chez les itinérants, il semble qu'au Québec la plus récente vague de désinstitutionnalisation et de non institutionnalisation, couplée avec des restrictions budgétaires et une réorganisation qui ne semble pas tout à fait se mettre en place, ait laissé des traces. Des gens du milieu de la psychiatrie, à qui ces résultats ont été présentés, ont confirmé qu'on ne peut mettre en doute les effets négatifs de cette réforme sur les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux. À Montréal, un système de garde hebdomadaire des hôpitaux a été mis en place afin

d'accueillir les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Or, il semble que certains hôpitaux ne remplissent pas leur mandat ou le font de façon très limitée dans le temps, en laissant partir des clients qui auraient eu besoin de soins pour une plus longue période de temps. Même ceux qui obtiennent une place dans une unité de soins en psychiatrie ne peuvent y rester et leur suivi post cure est déficient.

Les résultats suggèrent aussi qu'il faille tenir compte de certaines clientèles parmi les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. À cet effet, Robertson et Greenblatt (1992) rapportent que les dernières années, suite à des recherches plus rigoureuses auprès des personnes itinérantes, on a souvent suggéré de créer des ressources pour les clientèles spécifiques. Par exemple, on pourrait développer des services spécifiques aux femmes. Ainsi, en tenant compte des récents résultats de Roll, Toro et Ortola (1999) à l'effet que les femmes itinérantes sont souvent victimes d'assauts, il faut continuer à maintenir des refuges spécialisés pour ces dernières afin de maximiser leur sécurité. D'ailleurs, les auteurs rapportaient que les femmes préfèrent rester dans la rue que de retourner dans leur milieu de vie. Il faut aussi tenir compte de leurs troubles mentaux; Roll et al. soulignent que les femmes vivent plus de détresse face à leurs troubles mentaux que les hommes, bien que ces derniers en souffrent généralement depuis plus longtemps. Il importe donc d'implanter des équipes multidisciplinaires qui vont pouvoir aider les femmes à réintégrer leur vie de façon sécuritaire, compte tenu de leurs troubles mentaux et de leurs tâches familiales.

On constate dans les résultats un groupe assez important de personnes atteintes de schizophrénie et qui fréquentent peu les services. Ils expérimentent des délires, une anxiété profonde, une souffrance considérable et une vie misérable. Brandt (« Schizophrenia and Homeless », 1995), considère que dans

nos systèmes de soins, la norme est d'attendre que la personne se présente d'elle-même et demande des services. Or, ces personnes sont méfiantes et peu portées à avoir des contacts avec les autorités concernées pour recevoir des services psychiatriques. Il devient facile, dans un système où l'efficacité est mesurée en termes de traitement et de résultats, de laisser tomber une clientèle psychotique réfractaire. "Hors du système, hors des statistiques, (...) ils n'existent plus". Denoncourt, Desilets, Plante, Laplante et Choquet (2000) font le même constat à propos des itinérants de Montréal, à l'effet que les personnes repliées sur elles-mêmes, présentant des symptômes négatifs peuvent « passer inaperçues pendant des mois, voire des années ». Il faut donc tenter le plus possible de rejoindre ces personnes et de créer des liens thérapeutiques à l'aide d'une équipe de recherche intensive de clientèle (« *outreach* »). Une telle équipe existe dans le centre-ville de Montréal, mais il faudrait améliorer les liens de cette équipe avec les institutions. Denoncourt et al. recommandent une modification des règles administratives afin que les dossiers psychiatriques des personnes itinérantes restent ouverts tant et aussi longtemps que leur état n'est pas stabilisé. En effet, avec la répartition des hôpitaux de garde pour recevoir les itinérants ayant des problèmes psychiatriques aigus, une personne sera dirigée vers l'hôpital de garde, même si elle a déjà reçu des soins dans une autre institution si son dossier est fermé, après les six mois réglementaires. De plus, il arrive que les clients itinérants sortent de l'hôpital psychiatrique sans qu'un lien avec une équipe outreach ne soit établi. Donc, il importe de consolider le lien entre le public et le communautaire afin de mieux servir cette clientèle dans le besoin.

Les résultats de la présente étude soulignent l'importance du nombre de personnes présentant des doubles diagnostics parmi les itinérants. Ainsi, les personnes aux prises avec des troubles de personnalité et/ou des troubles liés aux substances doivent aussi pouvoir compter sur une équipe prête et désireuse d'intervenir auprès d'elles. Tout d'abord, Minkoff et Drake (1992) soulignent que

ces personnes ne forment pas un groupe homogène; ils parlent même de double hétérogénéité, soit celle d'itinérant et celle des troubles surajoutés. Trop souvent, les personnes ayant les doubles diagnostics de troubles mentaux et de troubles liés aux substances ne se conforment pas au rôle de patient dans le système de désintoxication et dans celui du système psychiatrique; Bachrach (1987) les considère comme inaptes au système ("system misfits"). Or, ce serait plutôt le système qui ne leur concède pas une place. La séparation entre les deux modalités de traitement, soit celle pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celle pour les personnes aux prises avec des troubles liés aux substances, entraîne qu'on sous-diagnostique ces deux problèmes et on donne des congés prématurés aux personnes atteintes. Minkoff et Drake (1992) considèrent qu'avec la désinstitutionnalisation, s'est instauré le paradigme de la réadaptation, lequel permet un rapprochement entre les modalités de traitement. Ils suggèrent un cadre conceptuel pour le traitement de ces personnes, en cinq points:

1. Les deux problèmes sont vus comme des problèmes chroniques ayant des caractéristiques communes
2. Les deux entrent dans un modèle de réadaptation ayant pour but de stabiliser les symptômes aigus et d'engager le client dans un programme de maintien, de réadaptation et de guérison
3. Chaque problème est vu comme étant primaire et les personnes atteintes doivent recevoir des soins concurremment
4. Les deux problèmes ont des phases de traitement parallèles: stabilisation des problèmes aigus, engagement du client dans le traitement, stabilisation prolongée/ maintien et réadaptation/guérison
5. Le rythme de chaque traitement peut varier, selon la personne.

De plus, Drake, Osher et Wallach (1991) suggèrent quelques principes importants dans le traitement de ces personnes: 1) d'intégrer les traitements; 2) d'utiliser la gestion de cas intensive; 3) de créer des activités de traitement de groupe; 4) de tenir compte des phases du traitement afin de savoir quand, par exemple, il faut insister sur l'abstinence, où plutôt, mettre l'accent sur la relation thérapeutique; 5) de substituer des activités à celles qui entraînent l'abus de

substances; 6) de vérifier la pertinence culturelle des programmes proposés et 7) d'entraîner les cliniciens pour travailler avec cette clientèle.

Enfin, le groupe des personnes ayant des troubles de personnalité antisociale en plus de leurs troubles mentaux de l'Axe I – et souvent en plus de troubles liés aux substances– représente un défi de taille pour les services en santé mentale. En effet, ceux qu'on a appelés les "patients oubliés de la psychiatrie" (Black, 2001) représentent une clientèle difficile à traiter, d'abord en raison de la multiplicité de leurs problèmes, mais aussi de l'inefficacité du système de soins actuel. D'ailleurs, à cause de cela, selon Torrey et al. (1992), ces personnes se retrouvent souvent prises en charge par le système judiciaire. De plus, ces personnes ne recherchent que peu d'aide et, lorsqu'elles le font suite à des pressions de leur entourage, trouvent peu de ressources disponibles (Black, 1999). Le traitement recommandé pour les personnes atteintes de ce trouble est la psychothérapie cognitive où le client peut prendre conscience des situations dans lesquelles les croyances erronées et les attitudes de la personne peuvent interférer avec un fonctionnement adéquat. Cependant, ces personnes ont souvent peu de motivation, si ce n'est que d'éviter la prison dans certains cas, et ont peu d'auto-critique; ces caractéristiques provoquent souvent des problèmes de contre-transfert auxquels le thérapeute doit rester vigilant (Black, 2001).

La présente recherche a aussi mis en évidence un groupe de personnes ayant déjà été dépressif et ayant déjà eu des troubles liés à l'alcool. Ce groupe d'oubliés utilise peu les services et possède un réseau de soutien social limité. Peut-être sont-ce les ex-psychiatisés décrits par Lamb (2001), qui soulignait que la désinstitutionnalisation consiste aussi à réacheminer les personnes vers d'autres ressources que l'hospitalisation. Or, ces personnes semblent avoir été oubliés dans ces changements. N'ayant plus de problèmes de santé mentale grave, le système n'a rien à leur offrir. Pourtant, ils utilisent des ressources pour personnes

itinérantes. Peut-être faudrait-il penser à trouver des logements adaptés à leur condition, tels des appartements supervisés.

Robertson et Greenblatt (1992) nous mettent en garde vis-à-vis cette approche hyper-spécialisée envers les populations cible. En effet, on a vu au cours des dernières décennies des programmes développés pour répondre rapidement aux besoins de clientèles "sympathiques" tels les enfants dans des familles d'itinérants, les personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes ayant souffert de violence ou les personnes itinérantes âgées. Cependant, certaines clientèles seraient moins attirantes, soit les jeunes hommes, les femmes sans attache et les personnes avec des problèmes de drogue ou d'alcool. Les personnes atteintes de troubles de personnalité antisociale sont aussi une clientèle envers qui les psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux ont peu d'intérêt ou d'expertise (Black, 2001). Or, la présente étude a mis en lumière le fait que plus de 40% des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont des problèmes liés aux substances ou des troubles de personnalité antisociale surajoutés, ou les deux. Il importe donc de penser à des solutions qui sauraient tenir compte de l'hétérogénéité des itinérants, mais en ne se servant pas de ces critères pour exclure des clients, ce qui perpétuerait la situation actuelle où les personnes avec des problèmes de comorbidité ne trouvent pas d'endroits pour recevoir des soins.

Un point important, bien qu'il ait été rapporté par de nombreux auteurs, est qu'il faut tenter de combler les failles du système pour ces personnes qui présentent de multiples problèmes. À cet effet, Regier, Narrow, Rupp, Rae et Kaelber (2000) suggèrent qu'en cette période de restrictions des ressources, on évalue attentivement la proportion de personnes ayant besoin de certains services. Ainsi, un continuum de soins pourrait être conceptualisé comme suit :

1. Évaluation seulement
2. Médication ou psychothérapie de courte durée (<10 visites par année)

3. Gestion de la médication ou psychothérapie à moyen terme (<30 visites par année)
4. Psychothérapie à long terme (>30 visites par année)
5. Hospitalisations brèves (<10 jours par année)
6. Hospitalisations de durée moyenne (<45 jours par année)
7. Gestion de cas à long terme
8. Programme de suivi intensif dans la communauté (programmes « PACT »)
9. Hébergement de longue durée dans un centre d'accueil
10. Hospitalisation de longue durée (>45 jours par année)

Les auteurs précisent que plus on descend dans la hiérarchie de ces soins, moins on devrait retrouver de clients. Or, ce continuum, que plusieurs gouvernements ont tenté de mettre en place, au Canada et aux États-Unis, s'avère pour le moins défectueuse au Québec. On semble intervenir pour contrer la crise lorsque les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses pour elles-même ou pour les autres —bien que l'évaluation même de cette dangerosité soit plutôt variable— et nul ne semble avoir de programme efficace pour ces personnes. Il semble que l'on ait des hôpitaux psychiatriques pour de courtes hospitalisations, des refuges pour dormir et, quelquefois se nourrir, des équipes telle l'équipe Itinérance qui fait de la recherche active de clientèle ("outreach"), mais entre ces instances, personne pour s'assurer que les services sont fournis et, surtout, personne, à part quelques initiatives personnelles, qui fournisse un ensemble de services de réadaptation.

Pourtant, certains auteurs américains ont souligné l'importance d'un suivi dans la communauté, sous la forme d'un programme PACT modifié, lequel mettrait l'accent sur l'acquisition d'habiletés et inclurait une part importante de gestion de cas afin de coordonner tous les services dont la personne pourrait avoir besoin pour sortir de l'itinérance. En effet, les différentes recherches sur ces approches ont démontré que les projets basés sur le PACT étaient plus efficaces pour améliorer la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, limiter leurs hospitalisations, et améliorer leur gestion des symptômes et leur assiduité à la médication (Lehman et al., 1997; Dixon, Weiden, Torres, &

Lehman, 1997). De plus, cette approche présente un meilleur rapport coût/efficacité que la gestion de cas (Morse et al., 1997; Wolff et al., 1997). Il ressort donc que, tel que préconisé par Rog, Andranovich et Rosenblum (1987), pour servir les itinérants ou les personnes à risque de le devenir, l'approche de gestion de cas doit être intensive, agressive et diversifiée pour donner des services de base et de santé. Se basant sur une initiative tentée à Baltimore, Dixon et ses collaborateurs (1995) suggèrent une approche basée sur le PACT, mais en l'adaptant pour la clientèle itinérante. Ainsi, on forme de petites équipes composées d'un gestionnaire de cas, d'un psychiatre et d'une personne occupant une fonction de protection du client, dans laquelle équipe les intervenants partagent l'information à propos de toutes les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux incluses dans le programme. Leur approche se fait en quatre étapes : l'engagement, la stabilisation, le maintien du traitement et le congé de l'équipe. Cette équipe travaille intensivement auprès du réseau de soutien, que ce soit la famille, le dispensateur de soins ou les ressources pour itinérants. Contrairement au PACT, plusieurs clients ne restent pas toujours dans ce programme, mais « graduent » vers une ressource plus légère lorsqu'ils sont plus stables.

La recherche active de clientèle (« outreach ») peut aussi jouer un grand rôle dans le soutien aux personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Selon Morse et al. (1996), la recherche active de clientèle inclut les tâches suivantes: l'établissement d'un contact et d'une crédibilité, l'identification des personnes atteintes de troubles mentaux, l'engagement, la planification et l'évaluation d'un traitement, et la dispensation des services courants. Jusqu'à maintenant, les programmes de recherche active de clientèle ont démontré des résultats mitigés. Ainsi, Hopper, Mauch et Morse (1990) ont étudié 13 programmes subventionnés par le gouvernement fédéral américain et ont constaté que les programmes n'étaient pas très efficaces. Ils ont constaté que les principales activités des

intervenants étaient d'identifier les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et de les référer à des services. Or, si les intervenants avaient effectué 2684 contacts auprès de 683 itinérants, dont 430 étaient atteints de troubles mentaux, seulement 22 avaient reçu des traitements de suivi en santé mentale. Par ailleurs, les nouveaux programmes de recherche active de clientèle ont démontré qu'ils augmentaient l'utilisation des services de santé mentale en externe, d'évaluations à domicile, mais diminuaient les hospitalisations en psychiatrie (Rosenheck, Gallup, & Frisman, 1993). Un projet de l'équipe Itinérance-outreach (Poirier et al., 2000) mené au CLSC des Faubourgs de Montréal a suggéré que l'intervention d'une telle équipe répondait à certains besoins telles la diminution des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, mais que le soutien social ne change pas significativement après six mois de recherche active de clientèle.

Enfin, il faudrait aider ces personnes à se sortir de l'itinérance, donc à avoir un logement. « Avoir une adresse, c'est acquérir une identité sociale, c'est prendre part à l'aventure humaine. L'absence de logement constitue un premier pas vers la marginalisation : on n'existe nulle part, on n'est rien » (Brière, Chanard, Dorvil, & Morin, 2000). Par ailleurs, un article de Tanzman (1993) souligne que les personnes préfèrent vivre dans leurs propres appartements plutôt que dans des programmes de santé mentale. Ils diffèrent aussi de leurs intervenants qui évaluent les besoins en termes d'hébergement, plutôt qu'en termes de logement social. Cependant, considérant l'hétérogénéité des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, il n'y a pas de solution facile, toute faite pour aider toutes ces personnes. À cet effet, Bebout et Harris suggèrent un continuum de types de résidences permettant aux personnes atteintes de troubles mentaux de réintégrer la société, allant des résidences de crise à des appartements subventionnés, en passant par des appartements de transition et des appartements supervisés. Au Québec, on offre plusieurs de ces types de logements permettant à

des personnes atteintes de troubles mentaux de réintégrer la société, tels le Havre de Trois-Rivières, l'Échelon dans l'Est de Montréal, etc. Peut-être faudrait-il en créer plus et, tel que décrit par White (2000), améliorer l'action intersectorielle, afin de faire passer les itinérants atteints de troubles mentaux de la zone d'exclusion à la zone de la marginalité et, enfin dans la zone d'inclusion.

### **Implications des résultats pour la recherche**

La présente étude a tenté de pallier les lacunes des recherches précédentes, soit d'utiliser un échantillon assez grand et représentatif, des instruments validés, des méthodes d'analyses appropriées et permettant de faire avancer les connaissances, et un modèle qui intègre les variables pertinentes à la situation des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux.

Cependant, tel que décrit plus haut, quelques embûches ont été rencontrées, lesquelles pourraient être palliées dans des recherches ultérieures. En effet, le modèle de Pescosolido offre de nombreuses pistes de recherches à réaliser. Il faudrait, entre autres, concevoir un projet de recherche qui intègre des mesures quantitatives et qualitatives afin de vraiment comprendre comment la carrière en tant que malade influence l'utilisation de services. Pescosolido (1998) donnait un exemple de telles pratiques en réalisant des entrevues avec des personnes atteintes de troubles mentaux qui se voient hospitaliser et en codant les réponses de l'entrevue qualitative afin de pouvoir les intégrer dans une analyse de régression quantitative. On peut aussi penser à des méthodes qui se situent aux confins de ces deux approches. Par exemple, la méthode dite d'analyse qualitative comparative décrite par Ragin (1987) permet de générer des histoires de cas auprès d'un grand nombre de sujets à l'aide d'une série d'items dichotomiques. L'algèbre booléenne, de même que le logiciel prévu à cet effet par Ragin, est utilisée pour isoler des configurations de variables en lien avec certains résultats. Il serait donc possible de mieux évaluer l'effet de la carrière en tant que malade.

Par ailleurs, il faut tenter de faire des études longitudinales qui permettront vraiment de voir les liens entre les variables du modèle de Pescosolido et l'utilisation de services. En effet, la présente étude a dû se limiter à des questions rétrospectives, ce qui ne permet pas de bien comprendre comment se font les choix du client face à ses troubles mentaux et autres. Jusqu'à maintenant, l'étude de Pescosolido (1998) et celle de Carpentier (1999) ont opté pour une solution plus simple qui consiste à prendre les nouvelles personnes qui entrent dans le système. Si ces études se continuaient, on pourrait mieux comprendre comment se font les entrées et les sorties du système de soins.

Le modèle de Pescosolido offre aussi une vision plus large de l'utilisation des services que les modèles précédents. D'une part, tel que discuté plus haut, il faut des recherches permettant de mieux connaître le réseau de soutien social de la personne itinérante. D'autre part, le modèle de Pescosolido implique de vérifier les effets de la configuration du système de soins et même au niveau plus élevé des politiques de santé publique. De telles études de niveau macroscopique sont cependant difficiles à mettre en place de façon à vraiment évaluer les effets des politiques sur l'utilisation des services. Cependant, la constitution de réseaux informatiques de plus en plus complets et complexes dans l'appareil gouvernemental et dans le système de soins pourrait dans l'avenir permettre des analyses de trajectoires de soins, tout en tenant compte de certains aspects reliés aux services offerts, tel un suivi intensif dans la communauté. Cependant, il sera tout de même difficile de bien analyser à la fois les aspects macroscopiques et microscopiques.

Donc, la présente recherche est une des premières à utiliser le modèle de Pescosolido. Étant donné la complexité de ce modèle, il reste encore beaucoup de travail à faire pour réussir à en exploiter tous les aspects. Il est toutefois possible d'explorer d'autres avenues, tel le nouveau modèle d'Andersen et Newman (Gelberg et al., 2000), mais ce dernier semble aussi complexe à utiliser.

## **Conclusion**

« 25 millions pour les sans-abri. Le fonds provient de subventions bloquées depuis 18 mois à cause de différends entre Québec et Ottawa. » (La Presse, 26 juillet 2001)

« Des fonds fédéraux destinés aux sans-abri dorment depuis deux ans » (La Presse, 22 octobre, 2001)

Pendant que les paliers de gouvernement se disputent, les sans-abri continuent à vivre leur misère. Des organismes communautaires ont été invités à soumettre des projets avant la mi-septembre pour avoir droit à ces octrois. Or, il semble que ces argents ne pourront être disponibles avant janvier 2002 (La Presse, 22 octobre, 2001). Pourtant, notre recherche a mis en lumière les besoins d'une proportion significative de la population itinérante, soit ceux atteints de troubles mentaux graves.

Au départ, ce qui a suscité l'intérêt envers ce projet était la possibilité d'aller voir ce qui se passait chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui glissent entre les mailles du filet du système de soins. En effet, on parle souvent de l'impact des vagues de désinstitutionnalisation successives comme ayant vécu des ratés qui ont eu des impacts sur l'accessibilité aux soins de santé mentale. Certains ont attribué une augmentation de la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux chez les itinérants à ces vagues de désinstitutionnalisation. Or, bien qu'il soit difficile d'établir un lien de cause à effet, la présente étude a démontré que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sont particulièrement mal en point. Premièrement, on note une proportion particulièrement élevée de troubles mentaux, qui dépasse ce qu'on retrouve dans les autres études. De plus, plus de la moitié des personnes ayant eu des troubles mentaux graves au cours de la dernière année n'ont utilisé aucun service. Bien que ces résultats soient congruents avec ceux retrouvés dans la

population générale, il n'en demeure pas moins que les personnes de notre étude s'en sortent plus difficilement, étant donné leur condition socio-économique actuelle. Un premier constat est donc qu'il faut améliorer les services offerts à ces personnes.

Afin de mieux identifier les services nécessaires, la présente étude a aussi identifié des groupes dont certains sont particulièrement mal servis par les institutions en place et des pistes de solutions ont été apportées. Ainsi, les personnes atteintes de schizophrénie doivent être prises en charge; leur état requiert des soins hospitaliers ou un programme de suivi intensif dans le milieu. Un autre groupe, soit les personnes ayant vécu des problèmes affectifs au cours de la dernière année, est constitué des personnes les plus jeunes et qui n'ont pas reçu de services au cours de la dernière année. Ce sont donc les nouveaux patients psychiatriques : ils sont en pleine crise, sans domicile fixe et ne peuvent entrer dans le système de soins. Pour eux, il importe de mettre en place des mécanismes, telle la recherche active de clientèle (« *outreach* »), pour soulager leur souffrance. Un troisième groupe est constitué des personnes cumulant plusieurs problèmes, soit des troubles mentaux, des troubles liés aux substances et vivant sans domicile fixe. Ce groupe a souvent été identifié comme étant difficile à traiter à cause du cloisonnement entre les services. Il faut donc améliorer l'intégration et la continuité de ces services, entre autres par l'ajout de gestionnaires de cas qui peuvent faire le lien nécessaire entre les différents services dont ils ont besoin.

Par ailleurs, certains groupes présentent des caractéristiques qui doivent être prises en compte. Ainsi, on constate que les femmes itinérantes atteintes de troubles mentaux utilisent plus les services et ont un meilleur réseau social. Il importe de maintenir, voire d'améliorer le soutien qu'elles reçoivent. Les ressources communautaires actuelles peuvent jouer ce rôle si on leur en donne les moyens. D'autres itinérants identifiés dans l'étude, ayant été sans domicile fixe et

ayant souffert de troubles mentaux dans le passé, requièrent, tout comme les autres groupes nommés plus haut, qu'une action intersectorielle leur permette d'avoir un logement et un niveau de vie leur permettant de sortir de la zone d'exclusion et d'entrer dans la zone d'inclusion.

Il ressort donc que cette étude, au-delà de sa contribution à l'avancement des connaissances et à la réflexion théorique, devrait suggérer des pistes aux gouvernements pour dépenser adéquatement les sommes qui devraient revenir aux personnes itinérantes.

## Références

- Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavior Model and access to care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In J. B. McKinlay (Ed), *Health care consumers, professionals, and organisations* (pp. 88-117). Massachusetts: MIT Press.
- Appleby, L., & Desai, P. N. (1985). Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(7), 732-737.
- Arce, A. A., & Vergare, M. J. (1984). Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless. In H. R. Lamb (Ed), *The homeless mentally ill* (pp. 75-90). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azjen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New-Jersey: Prentice-Hall.
- Bachrach, L. L. (1987). Asylum for chronic mental patients. *New Directions for Mental Health Services*, summer(35), 5-12.
- Bachrach, L. L. (1987). The context of care for the chronic mental patient with substance abuse problems. *Psychiatric Quarterly*, 58(1), 3-14.
- Bachrach, L. L. (1985c). Disability among the homeless mentally ill. In A. T. Meyerson, & T. Fine (Eds), *Psychiatric disability: Clinical, administrative and legal* (pp. 1-19). American Psychiatric Press Inc.
- Bachrach, L. L. (1984b). The homeless mentally ill and mental health services: An analytical review of the literature. In H. R. Lamb (Ed), *The homeless mentally ill* (pp. 11-54). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bachrach, L. L. (1988a). Issues in identifying and treating the homeless mentally ill. *New Directions for Mental Health Services*, 35, 43-62.

- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. H. R. Lamb, L. L. Bachrach, & F. I. Kass (eds.), *Treating the homeless mentally ill* (pp. 13-40). Washington: American Psychiatric Association.
- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(5), 453-464.
- Bachrach, L. L. (1997). L'état des hôpitaux psychiatriques aux États-Unis en 1996. *Santé Mentale au Québec*, 22, 33-52.
- Bahr, H., & Caplow, T. (1974). *Old men drunk and sober*. New York: New York University Press.
- Barrera, M. J. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barrera, M. J., Sandler, I. N., & Ramsey, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. *American Journal of Public Health*, 76(9), 1097-1101.
- Bates, D. S., & Toro, P. A. (1999). Developing measures to assess social support among homeless and poor people. *Journal of Community Psychology*, 27, 137-156.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M., & Turner, D. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *British Journal of Psychiatry*, 171, 15-19.
- Belcher, J. R. (1989b). On becoming homeless: A study of chronically mentally ill persons. *Journal of Community Psychology*, 17(2), 173-185.
- Béland, F. (1994). Introduire la durée dans la conception et la mesure de l'utilisation des services médicaux. *Ruptures*, 1(1), 28-44.
- Black, C. (2001). Antisocial Personality Disorder: The Forgotten Patients of Psychiatry. *Primary Psychiatry*, 8(1), 30-81.
- Blackwell, B. (1993). Homelessness and the mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 989.

- Bland, R. C., Newman, S. C., & Orn, H. (1997). Help-seeking for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 935-942.
- Blashfield, R. K., & Aldenderfer, M. S. (1988). The methods and problems of cluster analysis. J. R. Nesselroade, & R. B. Cattell (Ed), *Handbook of multivariate experimental psychology: Perspectives on individual differences* (2nd ed. ed., pp. 447-473). New York, NY: Plenum Press.
- Bogue, D. J. (1963). *Skid row in American cities*. Chicago, IL: University of Chicago. Community and Family Study Center.
- Bonin, J. P. (1999). Déterminants psychosociaux de l'assiduité au lithium chez des clients présentant un trouble bipolaire. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31, 25-40.
- Bonin, J. P., & Fournier, L. (2001). Utilisation des services de santé mentale. L. Fournier (ed), *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999* (Vol. 1). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Booth, B. M., Blow, F. C., Ludke, R. L., & Ross, R. L. (1996). Utilization of acute inpatient services for alcohol detoxification. *Journal of Mental Health Administration*, 23, 366-374.
- Breakey, W. R. (1992). Mental health services for homeless people. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homelessness: A national perspective* (pp. 101-107). New York: Plenum Press.
- Breakey, W. R., Fischer, P. J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Ross, A., Royall, R. M., & Stine, O. C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *Journal of the American Medical Association*, 262(10), 1352-1357.
- Brière, N., Dorvil, H., Chenard, J., Morin, P. (2000). Habitation et santé mentale. Dans *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*. Actes du colloque (pp. 17-41). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Calsyn, R. J., & Morse, G. (1990). Homeless men and women: Commonalities and a service gender gap. *American Journal of Community Psychology*, 18(4), 597-608.
- Calsyn, R. J., & Morse, G. A. (1992). Predicting psychiatric symptoms among homeless people. *Community Mental Health Journal*, 28(5), 385-395.

- Calsyn, R. J.; Allen, G.; Morse, G. A.; Smith, R., and Tempelhoff, B. (1993). Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals. *Evaluation Review*, 17(3), 353-366.
- Calsyn, R. J. ; Morse, G. A.; Klinkerberg, W. D., and Trusty, M. L. (1997). Reliability and validity of self-report data of homeless mentally ill individuals. *Evaluation and Program Planning*, 20(1), 47-54.
- Carpentier, N. (1999). *L'influence des réseaux familiaux sur les trajectoires de personnes présentant des troubles psychiatriques sévères*. Thèse doctorale inédite, Université de Montréal, Montréal.
- Caton, C. L. M. (1995). Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 1139-1143.
- Chafetz, L. (1990). Withdrawal from the homeless mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 26(5), 449-461.
- Chevalier, S. (2001). *Description de la population*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Cohen, C. I. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: Implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 951-958.
- Cohen, C. I., & Sokolovsky, J. (1981). A reassessment of the sociability of long-term skid row residents: A social network approach. *Social Networks*, 3, 93-105.
- Cohen, C. I., & Thompson, K. S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149(6), 816-823.
- Cohen, N. L. (1990). Stigma is in the eye of the beholder: A hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54(2), 255-258.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Crystal, S. (1984). Homeless men and homeless women: The gender gap. *Urban and Social Change Review*, 17(2), 2-6.
- Crystal, S., Ladner, S., & Towber, R. (1986). Multiple impairment patterns in the mentally ill homeless. *International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill*, 14(4), 61-73.

- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Laplante, J., & Choquette, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants: observations, réalités et contraintes. *Santé Mentale Au Québec*, 25(2), 179-194.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *Am J Psychiatry*, 154(9), 1302-1304.
- Dixon, L. B., Krauss, N., Kernan, E., Lehman, A. F., & DeForge, B. R. (1995). Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 684-688.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (Gouvernement du Québec ed.). Québec : Gouvernement du Québec.
- Drake, R. E., Ocher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46(11), 1149-1158.
- Faccincani, C., Mignolli, G., & Platt, S. (1990). Service utilisation, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychoses: a 7 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 3, 139-146.
- Farr, R. K., Koegel, P., & Burnam, A. (1986). Los Angeles, CA: Department of Mental Health.
- Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46(11), 1115-1128.
- Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1985). Homelessness and mental health: An overview. *International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill*, 14(4), 6-41.
- Fischer, P. J., Colson, P., & Susser, E. (1996). Homeless and mental health services. W. R. Breakey (Editor), *Integrated mental health services: modern community psychiatry* (pp. 384-402). New York.
- Fournier, L. (1996). Criminalité et maladie mentale. In L. Fournier, & C. Mercier *Sans domicile fixe: Au-delà du stéréotype* (pp. 201-212). Montréal: Editions du Méridien.

- Fournier, L. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Fournier, L. (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*. Verdun, Québec: Unité de Recherche Psychosociale, Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas.
- Fournier, L. (1996). Santé mentale. In L. Fournier, & C. Mercier *Sans domicile fixe: Au-delà du stéréotype* (pp. 119-162). Montréal: Editions du Méridien.
- Fournier, L., Bonin, J. P., Poirier, H., & Ostoj, M. (2001). Santé mentale. L. Fournier (ed), *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Fournier, L., & Chevalier, S. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997*. Québec: Santé Québec.
- Fournier, L., & Laurin, I. (1996). Les caractéristiques sociodémographiques. In L. Fournier, & C. Mercier *Sans domicile fixe: Au-delà du stéréotype* (pp. 77-82). Montréal: Editions du Méridien.
- Fournier, L., Ohayon, M., Caulet, M., & Gaudreau, J. (1994). Exploring the relationship between homelessness and mental disorders. In A. Beigel, J. J. Lopez Ibor, & J. A. Costa e Silva (Eds), *Past, present and future of psychiatry* Vol. 2 (pp. 1329-1333). World Scientific Publishing Co.
- Fournier, L., Toupin, J., Ohayon, M., Caulet, M., & Crocker, A. (1993). *Homeless mentally ill and utilization of mental health services*. Groningen, Netherlands.
- Fraser, M. W., Fraser, M. E., & Delewski, C. H. (1985). The community treatment of the chronically mentally ill: an exploratory social network analysis. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 35-41.
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcome for homeless people. *Health Services Research*, 34(6), 1273-1302.

- Gelberg, L., Linn, L. S., & Leake, B. D. (1988b). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 191-196.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Mayer-Oakes, S. A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 1220-1229.
- Goodman, I. A. (1991). The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. *Journal of Community Psychology*, 19(October), 321-332.
- Goulet, J. (1999). Troubles de la personnalité. P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg (eds), *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale* (pp. 652-683). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Gower, J. C. (1971). A general coefficient of similarity and some of its properties. *Biometrics*, 27, 857-874.
- Greenblatt, M. (1992). Deinstitutionalization and reinstitutionalization of the mentally ill. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homeless: A national perspective* (pp. 47-56). New York: Plenum Press.
- Grigsby, C., Baumann, D., Gregorich, S. E., & Roberts-Gray, C. (1990). Disaffiliation to entrenchment: A model for understanding homelessness. *Journal of Social Issues*, 46(4), 141-156.
- Hannappel, M., Calsyn, R. J., & Morse, G. A. (1989). Mental illness in homeless men: A comparison of shelter and street samples. *Journal of Community Psychology*, 17(4), 304-310.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. T., Spitznagel, E. L., Stolzman, R. K., Farmer, A., & Brockington, I. F. (1985). A comparison of clinical and diagnostic interview diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 42, 657-666.
- Hertzberg, E. L. (1992). The homeless in the United States: Conditions, typology and interventions. *International Social Work*, 35(2), 149-161.
- Hoge SK., Lidz CW., Eisenberg M., Monahan J., Bennett N., Gardner W., Mulvey EP., & Roth L. (1998). Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission. A comparative study. *International Journal of Law & Psychiatry*, 21(2), 131-146.

- Hopper, K., Mauch, D., & Morse, G. (1990). *The 1986-1987 NIMH-funded CSP demonstration projects to serve homeless mentally ill persons: A preliminary assessment*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Horwitz, A. V., & Uttaro, T. (1998). Age and mental health services. *Community Mental Health Journal, 34*, 275-287.
- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley.
- Hulka, B. S., & Wheat, J. R. (1985). Patterns of utilization: the patient perspective. *Medical Care, 23*(5), 438-460.
- Humphrey, K., & Rosenheck, R. (1995). Sequential validation of cluster analytic subtypes of homeless veteran. *American Journal of Community Psychology, 23*, 75-98.
- Institut de la statistique du Québec. (1998) URL <http://www.stat.gouv.qc.ca/> [2001].
- Jahiel, R. I. (1992). The definition and significance of homelessness in the United States. In R. I. Jahiel (Ed), *Homelessness. A prevention-oriented approach* (pp. 1-10). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Jahiel, R. I. (1992). The size of the homeless population. In R. I. Jahiel (Ed), *Homelessness. A prevention-oriented approach* (pp. 337-359). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Jones, J. M., Levine, I. S., & Rosenberg, A. A. (1991). Homelessness research, services, and social policy. *American Psychologist, 46*(11), 1109-1111.
- Kales, J. P., Barone, M. A., Bixler, E. O., Miljkovic, M. M., & Kales, J. D. (1995). Mental illness and substance use among sheltered homeless persons in lower-density population areas. *Psychiatric Services, 46*(6), 592-595.
- Koegel, P., & Burnam, M. (1992). Problems in the assessment of mental illness among the homeless: An empirical approach. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homelessness: A national perspective* (pp. 77-99). New York: Plenum Press.
- Koegel, P., Burnam, M., & Farr, R. K. (1988b). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1085-1092.

- Koegel, P., Sullivan, G., Burnam, A., Morton, S. C., & Wenzel, S. (1999). Utilization of mental health and substance abuse services among homeless adults in Los Angeles. *Med Care*, 37(3), 306-17.
- Kovess, V., & Fournier, L. (1990). The DISSA: An abridged self-administered version of the DIS. Approach by episode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 179-186.
- Kovess, V., Fournier, L., Lesage, A., Amiel-Lebigre, F., & Caria, A. (2001). Two validation of the CIDIS: a simplified version the CIDI. *Psychiatric Networks*, 4(1), 10-24.
- Kuhn, R., & Culhane, D. P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data. *Am Journal of Community Psychology*, 26(2), 207-32.
- La Gory, M., Ritchey, F., & Fitzpatrick, K. (1991). Homelessness and affiliation. *Sociological Quarterly*, 32(2), 201-218.
- Lam, J. A., & Rosenheck, R. (1999). Social support and service use among homeless persons with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 13-28.
- Lamb, H. R. (1992). Deinstitutionalization in the nineties. In H. R. Lamb, L. L. Bachrach, & F. I. Kass (Eds), *Treating the homeless mentally ill* (pp. 41-54). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lamb, H. R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*, 162, 587-592.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Lamb, H. R., & Talbott, J. A. (1986). The homeless mentally ill: The perspective of the American Psychiatric Association. *Journal of the American Medical Association*, 256(4), 498-501.
- Leblanc, J. (1999). Troubles de l'humeur (affectifs). Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg (Eds), *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale, tome I* (pp. 284-329). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lehman, A. F., & Corday, D. S. (1993). Prevalence of alcohol, drug, and mental disorders among homeless: one more time. *Contemporary Drug Problems*, 20, 355-383.

- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., & Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11), 1038-43.
- Linn, L., Gleber, L., & Leake, B. (1990). Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low income users of a medical clinic. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(3), 306-310.
- Lipton, F. R., Cohen, C. I., Fischer, E., & Katz, S. T. (1981). Schizophrenia: A network Crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 144-151.
- Lipton, F. R., Nutt, S., & Sabatini, A. (1988). Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(1), 40-45.
- Lorr, M. (1983). *Cluster analysis for social scientists*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Lovell, A. M. (1997). "The city is my mother": Narratives of schizophrenia and homeless. *American Anthropologist*, 99, 355-368.
- Marshall, E. J., & Bhugra, D. (1996). Services for the mentally ill homeless. D. Bhugra (ed.), *Homeless and mental health* (pp. 99-109). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McNaught, A., & Bhugra, D. (1996). Models of homelessness. D. Bhugra (ed), *Homelessness and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Milburn, N. G., & Watts, R. (1986). Methodological issues in research on the homeless and the homeless mentally ill. *International Journal of Mental Health Homeless and Mentally Ill*, 14 (4), 42-60.
- Millon, T., Davis, R., & Milon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III(MCMI-III) Manual (2nd ed.)*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*.

- Minkoff, K., & Drake, R. E. (1992). Homelessness and dual diagnosis. In H. R. Lamb, I. I. Bachrach, & F. I. Kass (Eds), *Treating the homeless mentally ill* (pp. 221-248). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Mitchell, M. E. (1989). The relationship between social network variables and utilization of mental health services. *Journal of Community Psychology*, *17*, 258-266.
- Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M. M., Bennett, N. S., Gardner, W. P., Mulvey, F. P., & Roth, L. H. (1996). Coercion to inpatient treatment: initial results and implication for assertive treatment in the community. D. Dennis, & J. Monahan (eds), *Coercion and aggressive community treatment*. New York: Plenum.
- Morrison, J. (1989). Correlations between definitions of the homeless mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry*, *40*(9), 952-954.
- Morse, G., & Calsyn, R. J. (1985). Mentally disturbed homeless people in St. Louis: Needy, willing, but underserved. *International Journal of Mental Health*, *14*(4), 74-94.
- Morse, G., Shields, N. M., Calsyn, R. J., Burger, G. K., & Nelson, B. (1985). (Report No. Vol. 1: Text of report). Department of Mental Health.
- Morse, G. A. (1992). Causes of homelessness. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homelessness: A national perspective* (pp. 3-17). New York: Plenum Press.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B., & Ahmad, L. (1997). An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, *48*(4), 497-503.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., & Gilliland, J. (1996). Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, *32*, 261-274.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1993). Describing the homeless, mentally ill: Cluster analysis results. *American Journal of Community Psychology*, *21*(1), 67-93.
- Murray, M. G., Anthenelli, R. M., & Maxwell, R. A. (2000). Use of health services by men with and without antisocial personality disorder who are alcohol dependant. *Psychiatric Services*, *51*, 380-382.

- North, C. S., & Smith, E. M. (1993). A systematic study of mental health services utilization by homeless men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 77-83.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1994). Violence and the homeless: An epidemiologic study of victimization and aggression. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 95-110.
- North, C. S., Thompson, S. J., Pollio, D. E., Ricci, D. A., & Smith, E. M. (1997). A diagnostic comparison of homeless and nonhomeless patients in an urban mental health clinic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 236-40.
- Nyamathi, A., & Schuler, P. (1989). Factors affecting prescribed medication compliance of the urban homeless adult. *Nurse Practice*, 14, 47-54.
- O'Reilly-Fleming, T. (1993). Homeless in Canada. *Down and out in Canada: Homeless Canadians* (pp. 3-31). Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc.
- Ostoj, M., Plante, N., Fournier, L., Courtemanche, R., & Chevalier, S. (2001). Méthodes . L. Fournier *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec: 1998-1999* (pp. 27-49). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Padgett, D. K., Struening, E. L., & Andrews, H. (1990). Factors affecting the use of medical, mental health alcohol and drug services by mental homeless adults. *Medical Care*, 28, 805-821.
- Perry, J. C., Lavori, P. W., & Hoke, L. (1987). A Markov model for predicting levels of psychiatric services use in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 215-232.
- Pescosolido, B. A. (1991). Beyond rational choices: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97, 1096-1138.
- Pescosolido, B. A. (1996). Bringing the "community" into utilization models: How social networks link individuals to changing systems of care. *Research in the Sociology of Health Care*, 13A, 171-197.
- Pescosolido, B. A. (1992). Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161-184.

- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B., & Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services : Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first timers". *Social Science and Medicine*, 46, 275-286.
- Poirier, H., Bonin, J. P., Lesage, A., & Reinharz, D. (2000). Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves: perceptions d'une équipe outreach. *Santé Mentale Au Québec*, 25, 195-215.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). *Nursing research: Principles and methods (3ème éd.)*. Philadelphie: Lippincott.
- Ragin, C. C. (1987). *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rapkin, B. D., & Luke, D. A. (1993). Cluster analysis in community research: epistemology and practice. *American Journal of Community Psychology*, 21, 247-277.
- Regier, R. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental addictive disorders service system. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rupp, W. E., Rae, D. S., & Kaelber. (2000). The epidemiology of mental disorder treatment need: community estimates of 'medical necessity'. G. Andrews, & S. Henderson (eds), *Unmet needs in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricard, N., & Fortin, F. (1993). *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental*. Montréal: Université de Montréal.
- Ricard, N., Fortin, F., & Bonin, J. P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*. Montréal: Université de Montréal.
- Robertson, M. J. (1986). Mental disorder among homeless persons in the United States: An overview of recent empirical literature. *Administration in Mental Health*, 14(1), 14-27.
- Robertson, M. J., & Greenblatt, M. (1992). Homeless: A national perspective. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homeless: A national perspective* (pp. 339-349). New York: Plenum Press.

- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S., & Seyfried, W. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- Rog, D. J., Andranovich, G. D., & Rosenblum, S. (1987). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Roll, C. N., Toro, P. A., & Ortola, G. L. (1999). Characteristics and experiences of homeless adults: a comparison of single men, women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 27, 189-198.
- Romesburg, H. C. *Cluster analysis for researchers*. Belmont, CA: Lifetime Learning.
- Rosenheck, R., Gallup, P., & Frisman, L. K. (1993). Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(12), 1166-1171.
- Rosenheck, R., & Lam, J. A. (1997). Client and site characteristics as barriers to service use by homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 48(3), 387-90.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. *Health Education Monograph*, 2, 328-335.
- Rossi, P. H. (1990). The old homeless and the new homeless in historical perspective. *American Psychologist*, 45(8), 954-959.
- Rossi, P. H., Wright, J. D., Fisher, G. A., & Willis, G. (1987). The urban homeless: Estimating composition and size. *Science, March*(13), 1336-1341.
- Roth, D., Bean, J., Lust, N., & Saveanu, T. (1985). Columbus: Ohio Department of Mental Health.
- Roth, H. P. (1987). Ten years update on patient compliance research. *Patient Education and Counseling*, 10, 103-105.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.

- Schizophrenia and Homelessness: Our demand for efficiency will turn the hardest hit into outcasts. (1995). *Prolapse, sept.*(2). Trouvé sur le site <http://www.mentalhealth.com/pub/p62-prel.html> .
- Schutt, R. K., Meschede, T., & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 134-142.
- Shepherd, M. D. (1999). *An empirical typology of the homeless mentally ill*. Unpublished doctoral dissertation, Wichita State University.
- Simard, M. (2000). Entre l'asile et le refuge: repères d'un parcours. *Santé Mentale Au Québec, 25*( 2), 132-152.
- Solarz, A., & Bogat, G. A. (1990). When social support fails: The homeless. *Journal of Community Psychology, 18*, 79-96.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical for DSM-III-R (SCID) I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-636.
- Stark, L. R. (1992). Demographics and stereotypes of homeless people. In R. I. Jahiel (Ed), *Homelessness. A prevention-oriented approach* (pp. 27-39). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Stein, J. A., Andersen, R. M., Koegel, P., & Gelberg, L. (2000). Predicting health services utilization among homeless adults: a prospective analysis. *J Health Care Poor Underserved, 11*( 2), 212-30.
- Stein, J. A., & Gelberg, L. (1997). Comparability and representativeness of clinical homeless, community homeless, and domiciled clinic samples: physical and mental health, substance use, and health services utilization. *Health Psychol, 16*(2), 155-62.
- Stewart, K. (1999). *A study of a homeless population through the use of the MCMI-III*. Unpublished doctoral dissertation, Adler school of professional psychology.
- Struening, E. L., & Padgett, D. K. (1990). Physical health status, substance use and abuse, and mental disorders among homeless adults. *Journal of Social Issues, 46*, 65-81.
- Stuart, H. L., & Arboleda-Florez, J. (2000). Homeless shelter users in the postdeinstitutionalization era. *Can J Psychiatry, 45*(1), 55-62.

- Susser, E. A., Struening, E. L., & Conover, S. (1989). Psychiatric problems in homeless men: Lifetime psychosis, substance use, and current distress in new arrivals at New York City shelters. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 845-850.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumer's preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, *44*(5), 450-455.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 53-79.
- Tolomiczenko, G. S., & Goering, P. N. (1998). Pathways into homeless: broadening the perspective. *Psychiatry Rounds*, *2*(8), 1-5.
- Toro, P. A., Trickett, E. J., Wall, D. D., & Salem, D. A. (1991). Homelessness in the United States: An ecological perspective. *American Psychologist*, *46*(11), 1208-1218.
- Toro, P. A., & Warren, M. G. (1999). Homelessness in the United States: policy considerations. *Journal of Community Psychology*, *27*, 119-136.
- Toro, P. A., Wolfe, S. M., Bellava, C. W., Thomas, D. M., Rowland, L. L., Daeschler, C. V., & McCaskill, P. A. (1999). Obtaining representative samples of homeless persons: A two-city study. *Journal of Community Psychology*, *27*, 157-178.
- Ungerleider, J. T., Andrysiak, T., Siegel, N., Tidwell, D., & Flynn, T. (1992). Mental health and homelessness: The clinician's view. In M. J. Robertson, & M. Greenblatt (Eds), *Homelessness: A national perspective* (pp. 109-116). New York: Plenum Press.
- Wenzel, S. L., Bakhtiar, L., Caskey, N. H., Hardie, E., Redford, C., Sadler, N., & Gelberg, L. (1995). Predictors of homeless veterans' irregular discharge status from a domiciliary care program. *Journal of Mental Health Administration*, *22*(3), 245-60.
- White, D. (2000). Repenser l'action intersectorielle. Dans *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*. Actes du colloque (pp. 17-41). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Widiger TA, Cadoret R. , Hare R , Robins L. , Rutherford M. , Zanarini M., Alterman A., Apple M., Corbitt E., Forth A., Hart S., Kultermann J.,

- Woody G, & Frances A. (1996). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 3-16.
- Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., & Trusty, M. L. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry, 154*(3), 341-8.
- Wu, T., & Serper, M. R. (1999). Social support and psychopathology in homeless patients presenting for emergency psychiatric treatment. *Journal of Clinical Psychology, 55*(9), 1127-33.

**Annexe 1**  
**Résultats des analyses préliminaires**

**Tableau X1. Comparaison des personnes sélectionnées à l'aide du DIS avec celles évaluées par le psychiatre ou l'équipe de recherche (n=439)**

	<b>Questionnaire</b>	<b>Vu par psychiatre ou équipe</b>
<b>Hommes</b>	80,3	87,7
<b>Âge</b>	39,3	42,1
<b>SDF à vie</b>		
Oui	78,1	81,5
<b>Trouble axe 1***</b>		
Antérieur	60,1	90,1
Actuel	39,9	9,9
<b>Trouble personnalité antisociale***</b>		
Pas	71,9	53,8
Actuel	7,4	44,9
Antérieur	20,7	1,3
<b>Trouble lié à l'alcool***</b>		
Pas	48,6	43,6
Actuel	29,7	47,4
Antérieur	21,7	9,0
<b>Trouble lié à la drogue*</b>		
Pas	46,0	55,3
Actuel	27,7	32,9
Antérieur	26,3	11,8
<b>Utilisation de services en santé mentale, dernière année</b>		
Utilisation	40,4	52,4

\*= p<0,05

\*\*\*=p<0,001

Tableau X corrélation entre les variables d'utilisation de services au cours de la dernière année Pts dernière année)

Corrélations	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels
US21 Urgence	1,00	0,50 **	0,12	0,02	0,01	0,12
Hospit. en psychiatrie	0,50 **	1,00	0,15	0,16	0,00	0,22 **
Psychothérapie	0,12	0,15	1,00	0,27 **	0,23 **	0,41 **
Traitement de jour	0,02	0,16	0,27 **	1,00	0,21 **	0,15
Programme résidentiel	0,01	0,00	0,23 **	0,21 **	1,00	0,12
Services professionnels	0,12	0,22 **	0,41 **	0,15	0,12	1,00

\*\* : Corrélation significative 0,01

\* : Corrélation significative 0,05

Tableau X. Chi-carré des variables catégorielles dépendantes vs indépendantes (pts dern. Année)

Sexe	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels	Tous les services
SDF	3,50	10,79 **	2,53	5,95 *	1,90	8,68 **	6,24 **
Age (3 catégories)	1,27	0,28	9,88 **	1,27	2,38	3,63	1,64
Diagnostic psychiatrique	5,47 1	0,43	0,22	1,23	0,65	4,55	5,38 1
Tr. Alcool	0,03	0,12	0,75	0,40	0,51	4,35 *	1,11
Tr. Drogue	0,19	0,34	0,76	1,61	0,39	2,81	2,63
Hospit. en psy. (antérieur)	5,05 1	0,65	0,94	2,96	0,75	0,35	2,28
	2,89	6,77 **	2,90	1,77	2,94	7,94 **	4,43 *

Tableau X corrélation entre les variables d'utilisation de services au cours de la dernière année (ts les suj à l'étude)

Corrélations	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels
US21 Urgence	1,00	0,48 **	0,15 *	0,00	0,02	0,13
Hospit. en psychiatrie	0,48 **	1,00	0,10	0,10	0,00	0,19 **
Psychothérapie	0,15 *	0,10	1,00	0,23 **	0,22 **	0,40 **
Traitement de jour	0,00	0,10	0,23 **	1,00	0,18 **	0,21 **
Programme résidentiel	0,02	0,00	0,22 **	0,18 **	1,00	0,12
Services professionnels	0,13	0,19 **	0,40 **	0,21 **	0,12	1,00

\*\* : Corrélation significative 0,01

\* : Corrélation significative 0,05

Tableau X. Chi-carré des variables catégorielles dépendantes vs indépendantes (ts sujets à l'étude)

Sexe	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels	Tous les services
SDF	0,91	2,04	3,47 1	9,93 **	1,63	11,71 **	6,77 **
Age (3 catégories)	1,29	0,07	4,57	2,30	1,54	4,16	2,40
Diagnostic psychiatrique	3,36	0,82	0,07	4,36	0,53	6,67 *	9,43 **
Tr. Alcool	0,12	0,52	0,08	0,12	1,12	1,97	0,02
Tr. Drogue	0,64	0,09	0,37	0,20	0,50	2,76	4,29
Hospit. en psy. (antérieur)	4,24	1,39	2,16	1,13	0,72	0,12	1,64
	0,38	8,47 **	6,09	1,56	3,61 *	10,08 **	6,67 **

Corrélations des variables indépendantes vs dépendantes (ts sujets à l'étude)

	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels	Tous les services
Age (continu)	-0,07	0,04	-0,03	-0,13 1	-0,03	-0,06	-0,13 1
Soutien social total	0,10	0,05	0,21 **	0,21 **	0,05	0,31 **	0,27 **
Soutien social santé	0,11	0,15 *	0,13 1	0,12	0,06	0,26 **	0,22 **
Proportion soutien client	-0,03	-0,04	0,02	-0,02	-0,04	-0,06	-0,04

Corrélations des variables indépendantes vs dépendantes (ts sujets à l'étude)

	Urgence	Hospit. en psychiatrie	Psychothérapie	Traitement de jour	Prog. résidentiel	Services professionnels	Tous les services
Age (continu)	-0,14	0,03	-0,03	-0,08	-0,04	-0,03	-0,14 1
Soutien social total	0,13	0,08	0,25 **	0,16 1	0,05	0,29 **	0,28 **
Soutien social santé	0,11	0,21 **	0,15 1	0,10	0,07	0,28 **	0,23 **
Proportion soutien client	0,00	0,00	0,06	-0,05	-0,05	-0,06	0,00

**Annexe 2**

**Documents relatifs à l'utilisation des données**



Montréal, le 13 mars 2000

Monsieur Jean-Pierre Bonin  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de Montréal-Centre  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

Monsieur,

Vous avez contacté Micheline Ostoï de Santé Québec afin d'obtenir la permission d'utiliser des données non publiées tirées de l'Enquête auprès de la clientèle des ressources pour itinérants.

Vous savez que normalement, il y a un moratoire à l'effet que les données brutes et les résultats des enquêtes réalisées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique ne doivent pas être diffusés avant la publication du rapport.

Exceptionnellement, nous acceptons de déroger à cette règle, sous certaines conditions. Vous devez donc nous faire une demande écrite qui répondra aux exigences de base du comité de travail qui étudiera votre demande. Ces exigences de base sont présentées dans le document ci-joint.

Dès que nous recevrons votre demande, nous procéderons à son analyse pour ensuite vous communiquer la réponse du comité de travail et, le cas échéant, pour vous acheminer les données demandées de même que le formulaire de confidentialité que vous devrez compléter.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.



Daniel Tremblay  
Directeur de Santé Québec

p.j.



Montréal, le 14 juin 2000

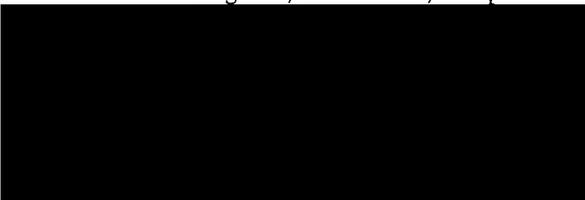
Monsieur Jean-Pierre Bonin  
Direction de la Santé Publique  
Régie régionale de Montréal-Centre  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande d'utilisation de données non publiées de « l'Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des villes de Montréal et du Québec » de Santé Québec. Le groupe de travail a étudié votre demande et l'a acceptée.

Le groupe de travail qui a étudié votre demande vous accorde la permission d'utiliser ces données conformément à votre lettre du 9 mai 2000 et à la condition que vous retourniez le formulaire de confidentialité ci-joint.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.



Daniel Tremblay  
Directeur

c.c. : Mme Louise Fournier  
p.j.

**Annexe 3**  
**Formulaires de consentement**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - 1

Je consens à participer à l'étude menée par Santé Québec. On m'a expliqué que cette étude avait pour but de recueillir des informations sur l'ensemble des personnes qui fréquentent les centres d'hébergement, les centres de jour et les soupes populaires. Ces informations permettront aux intervenants et planificateurs d'avoir une meilleure connaissance de ces personnes et de mieux les aider par la suite.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Je peux également ne pas répondre à certaines questions si je le désire. Ma participation, ou mon refus de participer à ce projet, n'aura aucune répercussion sur les services que je pourrais recevoir des organismes impliqués dans cette étude.

Les informations recueillies lors de cette entrevue seront traitées de manière strictement confidentielle et ne pourront être divulguées dans une forme qui risquerait de m'identifier.

J'ai été informé que je recevrai quinze (15 \$) dollars si je termine l'entrevue.

Signature du (de la) répondant(e): \_\_\_\_\_

Signature de l'interviewer: \_\_\_\_\_

--	--	--	--

No. alloué au R:

--	--	--	--	--	--

Date d'aujourd'hui:

Jour

Mois

Année

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - 2

Santé Québec a l'intention d'étudier plus en détail certains thèmes :

- l'utilisation des services sociaux et de santé (consultations médicales et hospitalisations) faite par la clientèle des centres d'hébergement, des centres de jour et des soupes populaires;
- l'utilisation des centres d'hébergement pour itinérants;
- le recours à l'aide sociale.

À cette fin, je consens à fournir mon **numéro d'assurance-maladie (carte soleil) et mon numéro d'assurance sociale**. Seule l'équipe de recherche impliquée dans ce projet sera autorisée à utiliser les données obtenues par ces deux (2) numéros, pour une période allant jusqu'à un maximum de cinq (5) ans.

L'information recueillie sera traitée de façon confidentielle et ne sera pas utilisée à d'autres fins que celles de la présente recherche.

Mon **numéro d'assurance-maladie du Québec (carte soleil)** est :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mon **numéro d'assurance sociale** est :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du (de la) répondant(e): \_\_\_\_\_

Signature de l'interviewer: \_\_\_\_\_

No. alloué au R:

--	--	--	--	--

Date d'aujourd'hui:

--	--

Jour

--	--

Mois

--	--	--	--

Année

**Enquête auprès de la clientèle des centres d'hébergement, des centres de jour et des  
soupes populaires**

**CONVENTION DE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ**

**Santé Québec**

À titre d'interviewer travaillant au projet d'enquête auprès de la clientèle des centres d'hébergement, des centres de jour et des soupes populaires des villes de Montréal et de Québec, je m'engage à respecter les règles de confidentialité par rapport aux données nominales que j'aurai à manipuler.

Cela signifie que je ne pourrai d'aucune manière divulguer des informations personnelles (nom, prénom, numéros d'identification unique (assurance-sociale, assurance-maladie) qui permettraient qu'une personne puisse être identifiée.

Signature de l'interviewer: \_\_\_\_\_

Nom de l'interviewer (en lettres majuscules): \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_

**Annexe 4**  
**Questionnaires**

**ÉTUDE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT,  
DES CENTRES DE JOUR ET DES SOUPES POPULAIRES**

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE L'INTERVIEWER : \_\_\_\_\_

VILLE : MONTREAL.....1 QUÉBEC.....2

NOM DU CENTRE : \_\_\_\_\_

TYPE DE CENTRE : HÉBERGEMENT.....1 CENTRE DE JOUR.....2 SOUPE POPULAIRE.....3

DATE DE L'ENTREVUE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 19\_\_\_\_ année

HEURE DÉBUT DE L'ENTREVUE : \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.

SEXE DU RÉPONDANT : MASCULIN.....1 FÉMININ.....2

LANGUE DE L'ENTREVUE : 1. FRANÇAIS 2. ANGLAIS

**1 - CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER
CS1.	Quelle est votre date de naissance? _____ / _____ / 19____ an		A
CS2.	Quel âge avez-vous? _____ ans <input type="checkbox"/> estimation		
CS3.	Dans quelle ville êtes-vous né? (MONTRÉAL OU QUÉBEC, DEMANDER DE PRÉCISER L'ENDROIT EXACT) VOIR CARTE 1		
CS4.	Dans quel pays êtes-vous né? Canada .....1 Autre (PRÉCISER) : _____ CS8		
CS5.	Dans quelle province? Québec .....1 Ontario .....2 Provinces maritimes .....3 Ouest canadien .....4 Territoires du Nord .....5		
CS8	Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne), immigrant(e) reçu(e), réfugié ou en attente de statut? Citoyen canadien .....1 Immigrant reçu .....2 Réfugié .....3 Attente de statut .....4		
JE VAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS CONCERNANT VOTRE SITUATION FAMILIALE.			
CS9	Êtes-vous actuellement marié, veuf, séparé, divorcé, ou célibataire? Marié .....1 Veuf .....2 Séparé .....3 Divorcé .....4 Célibataire .....5		CS11 CS11 CS11 CS11
CS10	Demeurez-vous actuellement avec votre époux / épouse? Non .....1 Oui .....2		CS13
CS11	Vivez-vous actuellement avec quelqu'un comme conjoint de fait? Non .....1 Oui .....2		CS13

# QUESTION CODIFICATION

CS12 **SI NON AUX 2 QUESTIONS PRÉCÉDENTES, DEMANDER:**  
Quand avez-vous vécu avec un(e) conjoint(e) pour la dernière fois?  
Jamais ..... 0  
Il y a moins d'un mois ..... 1  
Entre 1 mois et moins de 6 mois ..... 2  
Entre 6 mois et moins de 12 mois ..... 3  
Entre 1 an et moins de 2 ans ..... 4  
Entre 2 ans et moins de 5 ans ..... 5  
Il y a plus de 5 ans ..... 6

CS13 Avez-vous des enfants?  
Non ..... 1  
Oui ..... 2

CS13A Combien d'enfants avez-vous?  
(INCLURE LES ENFANTS ADOPTÉS - NE PAS INCLURE LES ENFANTS MORTS-NÉS)  
..... enfants

CS14 Avez-vous encore des contacts avec votre (vos) enfant(s)?  
Non ..... 1  
Oui ..... 2

CS15 Quand avez-vous été en contact avec votre (un de vos) enfant(s) la dernière fois?  
Jamais ..... 0  
Il y a moins d'un mois ..... 1  
Entre 1 mois et moins de 6 mois ..... 2  
Entre 6 mois et moins de 12 mois ..... 3  
Entre 1 an et moins de 2 ans ..... 4  
Entre 2 ans et moins de 5 ans ..... 5  
Il y a plus de 5 ans ..... 6

CS18 Avez-vous un ou des enfant(s) âgé(s) de moins de 18 ans?  
Non ..... 1  
Oui ..... 2

CS19 Quel âge a-t-il (ont-ils)?  
(SI PLUS DE 4 ENFANTS, CHOISIR LES 4 PLUS JEUNES)  
A) \_\_\_\_\_ ans  
B) \_\_\_\_\_ ans  
C) \_\_\_\_\_ ans  
D) \_\_\_\_\_ ans

# QUESTION CODIFICATION

CS20 Qui a la garde de votre (vos) enfant(s) actuellement?  
A) Le répondant ..... 1  
B) Il(s) est (sont) autonome(s) ..... 1  
C) Conjoint(e), ex-conjoint(e) ..... 1  
D) Autre membre de la famille de l'enfant ou du R ..... 1  
E) Ami du répondant ..... 1  
F) Placé en famille d'accueil ..... 1  
G) Placé en centre d'accueil ..... 1  
H) Autre (PRÉCISER): \_\_\_\_\_

JE VAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER DES INFORMATIONS SUR LA PREMIÈRE LANGUE QUE VOUS AVEZ APPRISSE ET SUR VOTRE NIVEAU DE SCOLARITÉ.  
CS21 Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?  
Français ..... 1  
Anglais ..... 2  
Autre (PRÉCISER): \_\_\_\_\_

SCOLARITÉ  
CS22 Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?  
Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle ..... 00  
Première année ..... 01  
Deuxième année ..... 02  
Troisième année ..... 03  
Quatrième année ..... 04  
Cinquième année ..... 05  
Sixième année ..... 06  
Septième année ..... 07  
Huitième année ou Secondaire I ..... 08  
Neuvième année ou Secondaire II ..... 09  
Dixième année ou Secondaire III ..... 10  
Onzième année ou Secondaire IV ..... 11  
Douzième année ou Secondaire V ..... 12

Etudes partielles dans un CÉGEP, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale..... 13  
 Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au CÉGEP, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale... 14  
 Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au CÉGEP..... 15  
 Études partielles à l'université..... 16  
 Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis..... 17  
 Baccalauréat(s) acquis..... 18  
 Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis..... 19  
 Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis..... 20  
 Maîtrise(s) acquise(s)..... 21  
 Doctorat(s) acquis..... 22

CS23 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté l'école, suivi des cours de formation professionnelle ou fait des études quelconques? Non..... 1 CS29 Oui..... 2

CS24 De quelle type de formation ou d'études s'agit-il?

CS27 Actuellement, fréquentez-vous l'école, suivez-vous des cours de formation professionnelle ou faites-vous des études quelconques? Non..... 1 CS29 Oui..... 2

CS28 Est-ce une formation à .....  
 ...temps plein..... 1  
 ...temps partiel..... 2

CS29 Avez-vous une formation professionnelle ou une compétence professionnelle particulière? Non..... 1 CS30 Oui..... 2

CS29A Quelle est cette compétence particulière?

SOURCES DE REVENU  
 NOUS ALLONS MAINTENANT PARLER DE VOS SOURCES DE REVENU ET DE VOTRE TRAVAIL.

CS30 Quelles sont vos sources actuelles de revenu? Moins de 2 semaines = 1  
 2 sem. à moins de 4 semaines = 2  
 4 sem. à moins de 6 mois = 3  
 6 mois à moins de 12 mois = 4  
 1 an à moins de 2 ans = 5  
 2 ans à moins de 5 ans = 6  
 5 ans et plus = 7  
 (MONTRER CARTE 2) (✓)

CS31 Depuis combien de temps avez-vous (cette / ces) source(s) de revenu? (CS30)  
 Non Oui (CS31)

A Aide sociale (NE PAS INCLURE PROG. PAIE ET EXTRA) 1 2 1 2 3 4 5 6 7

B Assurance chômage (ass.-emploi).... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

C Si R EST JEUNE, PASSER À D.  
 Pensions de vieillesse (Canada (RPC), Québec (RRC), Pension d'ancien combattant)..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

D Travail occasionnel ou sur appel... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

E Travail à temps partiel (INCLURE PROG. PAIE ET EXTRA) 1 2 1 2 3 4 5 6 7

F Travail à temps plein (ONCLURE PROG. PAIE ET EXTRA) 1 2 1 2 3 4 5 6 7

G Lavage de vitres de voiture (squegee)..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

H Vente de cannettes et de bouteilles vides..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

I Vente de journaux ..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

J Prostitution..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

K Traffic de drogues, cigaretttes, alcool ..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

L Vol, recel..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

M Famille, ami, connaissance..... 1 2 1 2 3 4 5 6 7

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER
N	Mendicité .....	1 2 I 2 3 4 5 6 7	A
O	Autre I (PRÉCISER):	1 2 I 2 3 4 5 6 7	A
P	SI AUCUNE SOURCE DE REVENU, DEMANDER: Donc, actuellement, vous n'avez aucune source de revenu?	Aucune source de revenu ..... 1 A une source de revenu ..... 2	Revenir à CS30 et CS31
CS32	SI AUCUN REVENU (P=1) OU REÇU UNIQUEMENT DES REVENUS OCCASIONNELS (D - G - H - I - M - N) OU ILLÉGAUX (J - K - L), DEMANDER: Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne recevez pas d'aide-sociale?	..... .....	CS30A = 1 DEMANDER CS32A SI NON, PASSER À CS39
CS32A	Avez-vous déjà reçu des prestations d'aide-sociale?	Non..... 1 Oui..... 2	
<b>TRAVAIL</b>			
CS39	SI LE R.FAIT: LAVAGES DE VITRES DE VOITURE, VENTE DE BOUTEILLES VIDES, VENTE D'UN JOURNAL, DEMANDER: Qu'est-ce qui vous motive à faire un travail comme (le lavage de vitres d'auto, la vente de bouteilles vides, la vente d'un journal...)?	A) Argent facile à faire ..... 1 B) Travail quand il le veut ..... 1 C) Permet de socialiser ..... 1 D) Se sent utile ..... 1 E) C'est tout ce qu'il a pu trouver jusqu'ici ..... 1 F) Autre (PRÉCISER): .....	CS30G-H-J

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER
CS41	SI R OCCUPE UN EMPLOI (CS30D, E OUI F = 2), PASSER À CS43 SINON, DEMANDER: Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas un emploi rémunéré régulier?	..... .....	CS30D-E-F
CS42	SI CS30B = 2, PASSER À CS43 Avez-vous occupé un emploi rémunéré au cours des 12 derniers mois?	Non ..... 1 Oui ..... 2	CS43
CS42A	Avez-vous déjà occupé un emploi rémunéré?	Non ..... 1 Oui ..... 2	CS48 CS46
CS43	Combien d'emplois différents avez-vous eu au cours des 12 derniers mois?	..... emplois	
CS44	Pendant combien de temps avez-vous travaillé au cours des 12 derniers mois? SI MOINS D'UN MOIS, COPIER 0	..... mois	
CS45	Lorsque vous avez travaillé au cours des 12 derniers mois, avez-vous profité d'un programme PAIE ou EXTRA?	Non ..... 1 Oui ..... 2	
CS46	Dans quel genre d'entreprise, industrie ou service (avez-vous travaillé la dernière fois / travaillez-vous actuellement) ?	..... .....	
CS47	Quel genre de travail (faîtes-vous / faites-vous)	..... .....	
CS48	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous sérieusement cherché un emploi (autre emploi)?	Non ..... 1 Oui ..... 2	CS51

2 - INSTABILITÉ RÉSIDENNELLE ET MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
CS50	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas cherché un emploi? Ne veut pas travailler pour quelqu'un d'autre ..... 1 Démotivé ..... 2 Problème d'alcool / de drogue ..... 3 Besoin de son temps pour voir à ses besoins de base (nourriture, chercher logement.....) ..... 4 Doit entrer en thérapie (alcool, drogue) ..... 5 Était en prison ..... 6 Il n'y a pas de travail ..... 7 Autre (PRÉCISER): <input type="text"/>		
CS51	Au cours des prochaines semaines, avez-vous l'intention de (continuer à) chercher un emploi? Non ..... 1 Oui ..... 2		
CS53	Quelle était la situation économique de votre famille (ou de la famille dans laquelle vous avez été élevé) lorsque vous aviez dix ans. Était-elle... ... très pauvre ..... 1 ... assez pauvre ..... 2 ... moyen ..... 3 ... assez riche ..... 4 ... très riche ..... 5		

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR1	<b>ABSENCE OU PRÉSENCE D'UN ÉPISEDE SANS DOMICILE FIXE</b> Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin de chercher des endroits pour dormir comme ( <i>La Maison du Père, l'Armée du Salut, Le Bunker, La Maison de Laubervière / La Maison Marguerite</i> ), ou avez-vous déjà eu à dormir dehors, dans un parc, une maison abandonnée, un terminus ou chez des amis ou des parents parce que vous n'aviez pas de domicile fixe à vous ? ( <i>Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner.</i> ) Non ..... 1 Oui ..... 2		
IR2	<b>PREMIÈRE PÉRIODE SANS DOMICILE FIXE</b> Quel âge aviez-vous la première fois que vous vous êtes retrouvé sans domicile fixe, c'est-à-dire que vous avez eu besoin de chercher des endroits pour dormir comme ( <i>La Maison du Père, l'Armée du Salut, Le Bunker, La Maison de Laubervière / La Maison Marguerite, / ou <u>SIL Y A HEBERGEMENT</u> ou que vous avez déjà dû dormir dehors, dans un parc, une maison abandonnée, un terminus ou chez des amis ou des parents parce que vous n'aviez pas de domicile à vous? (Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La personne qui a un domicile fixe a la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner).</i> ) ..... ans		

QUESTION

CODIFICATION

#

IR3 Lorsque vous êtes retrouvé sans domicile fixe cette première fois... (CARTE 3)

- ...avez-vous été mis à la porte de votre logement par le propriétaire?..... 01
...avez-vous été mis à la porte par votre conjoint(e)?..... 02
...avez-vous été mis à la porte par vos parents?..... 03
...avez-vous été mis à la porte par vos colocataires?..... 04
...avez-vous fugué de votre famille?..... 05
...avez-vous fugué de la famille d'accueil?..... 06
...avez-vous fugué d'un centre de placement?..... 07
...avez-vous quitté volontairement le logement?..... 08
...avez-vous été obligé de quitter le logement?..... 09
...était-ce une autre situation?..... 10

IR4 Pourquoi avez-vous (été mis(e) à la porte / fugué / quitté volontairement le logement / été obligé de quitter le logement)?

A) [ ]
B) [ ]
C) [ ]

IR5 Dans quel(le) village, ville, province ou pays habitez-vous avant d'être sans domicile fixe cette première fois? (SI MONTRÉ AL. OU QUÉBEC DEMANDER DE PRÉCISER L'ÉNERGIE EXACTE) NOIR CARTE 1

[ ]

QUESTION

CODIFICATION

#

IR8 Combien de temps a duré cette première période où vous n'avez pas de domicile fixe? (MOINS D'UNE SEMAINE, CODER 0) (SI PLUS DE 19 ANS, CODER 996)

\_\_\_\_\_ semaine(s)

NOMBRE DE PÉRIODES SANS DOMICILE FIXE

IR11 Depuis l'âge de \_\_\_\_\_ combien de fois différentes avez-vous été sans domicile fixe (y compris la première fois) ? (Vous comptons comme deux périodes différentes sans domicile fixe, s'il y a eu entre les deux, au moins un mois où vous aviez une chambre, un appartement ou une maison à vous)

\_\_\_\_\_ fois

IR12 Combien de fois avez-vous été sans domicile fixe pendant au moins un mois?

\_\_\_\_\_ fois

PÉRIODE SDF ACTUELLE

IR16 Êtes-vous actuellement sans domicile fixe? (Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La personne qui a un domicile fixe a la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner).

Non ..... 1
Oui ..... 2

SI OUI ET QUE CELA CORRESPOND À LA PREMIÈRE PÉRIODE SDF, TRANSCRIRE LA RÉPONSE DE IR8 DANS IR23 ET PASSER À IR24
SI OUI ET QUE CELA NE CORRESPOND PAS À CETTE PÉRIODE, CONTINUER

QUESTION

CODIFICATION

#

IR8 Combien de temps a duré cette première période où vous n'avez pas de domicile fixe? (MOINS D'UNE SEMAINE, CODER 0) (SI PLUS DE 19 ANS, CODER 996)

\_\_\_\_\_ semaine(s)

NOMBRE DE PÉRIODES SANS DOMICILE FIXE

IR11 Depuis l'âge de \_\_\_\_\_ combien de fois différentes avez-vous été sans domicile fixe (y compris la première fois) ? (Vous comptons comme deux périodes différentes sans domicile fixe, s'il y a eu entre les deux, au moins un mois où vous aviez une chambre, un appartement ou une maison à vous)

\_\_\_\_\_ fois

IR12 Combien de fois avez-vous été sans domicile fixe pendant au moins un mois?

\_\_\_\_\_ fois

PÉRIODE SDF ACTUELLE

IR16 Êtes-vous actuellement sans domicile fixe? (Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La personne qui a un domicile fixe a la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner).

Non ..... 1
Oui ..... 2

SI OUI ET QUE CELA CORRESPOND À LA PREMIÈRE PÉRIODE SDF, TRANSCRIRE LA RÉPONSE DE IR8 DANS IR23 ET PASSER À IR24
SI OUI ET QUE CELA NE CORRESPOND PAS À CETTE PÉRIODE, CONTINUER

QUESTION

CODIFICATION

#

IR8 Combien de temps a duré cette première période où vous n'avez pas de domicile fixe? (MOINS D'UNE SEMAINE, CODER 0) (SI PLUS DE 19 ANS, CODER 996)

\_\_\_\_\_ semaine(s)

NOMBRE DE PÉRIODES SANS DOMICILE FIXE

IR11 Depuis l'âge de \_\_\_\_\_ combien de fois différentes avez-vous été sans domicile fixe (y compris la première fois) ? (Vous comptons comme deux périodes différentes sans domicile fixe, s'il y a eu entre les deux, au moins un mois où vous aviez une chambre, un appartement ou une maison à vous)

\_\_\_\_\_ fois

IR12 Combien de fois avez-vous été sans domicile fixe pendant au moins un mois?

\_\_\_\_\_ fois

PÉRIODE SDF ACTUELLE

IR16 Êtes-vous actuellement sans domicile fixe? (Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La personne qui a un domicile fixe a la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner).

Non ..... 1
Oui ..... 2

SI OUI ET QUE CELA CORRESPOND À LA PREMIÈRE PÉRIODE SDF, TRANSCRIRE LA RÉPONSE DE IR8 DANS IR23 ET PASSER À IR24
SI OUI ET QUE CELA NE CORRESPOND PAS À CETTE PÉRIODE, CONTINUER

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR17	Depuis quand êtes-vous sans domicile fixe? <b>SI MOINS D'UNE SEMAINE CODER 0</b>	_____ semaine(s)	
IR19	Lorsque vous vous êtes retrouvé sans domicile fixe cette fois-ci... (CARTE. 3)	...avez-vous été mis à la porte de votre logement par le propriétaire?..... 01 ...avez-vous été mis à la porte par votre conjoint(e)?..... 02 ...avez-vous été mis à la porte par vos parents?..... 03 ...avez-vous été mis à la porte par vos colocataires?..... 04 ...avez-vous fugué de votre famille?..... 05 ...avez-vous fugué de la famille d'accueil?..... 06 ...avez-vous fugué d'un centre de placement?..... 07 ...avez-vous quitté volontairement le logement?..... 08 ...avez-vous été obligé de quitter le logement?..... 09 ...était-ce une autre situation?..... 10	
IR19A	Pourquoi avez-vous (été mis(e) à la porte / fugué / quitté volontairement le logement / été obligé de quitter le logement)?	A) _____ B) _____ C) _____	

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR20	Dans quel(le) village, ville, province ou pays habitez-vous avant de vous retrouver sans domicile fixe maintenant? <b>(SI MONTRÉAL OU QUÉBEC PRÉCISER L'ENDROIT EXACT) - VOIR CARTE 1</b>	_____	
	<b>PASSER À IR23</b>		
	<b>SIDOMICILIE ACTUELLEMENT</b>		
IR21	Quand avez-vous été sans domicile fixe la dernière fois?	Il y a moins de 2 semaines..... 1 De 2 sem. à moins de 4 semaines..... 2 De 1 mois à moins de 6 mois..... 3 De 6 mois à moins de 12 mois..... 4 De 12 mois à moins de 2 ans..... 5 De 2 ans à moins de 5 ans..... 6 5 ans et plus..... 7	
	<b>SI IR17 EST ÉGAL À 52 OU PLUS INSCRIRE 52 À IR23 SANS DEMANDER</b>		
	<b>SI IR21 EST ÉGAL À 5 OU 6 OU 7, INSCRIRE 0 À IR23 SANS DEMANDER</b>		
	<b>LES AUTRES DEMANDER IR23</b>		
IR23	Au cours des 12 derniers mois, combien de temps avez-vous été sans domicile fixe? <b>SI MOINS D'UNE SEMAINE CODER 0</b>	_____ semaine(s)	
	<b>ADRESSES FIXES AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE</b>		
	<b>(SI R EST SANS DOMICILE FIXE DEPUIS PLUS DE 12 MOIS (OU PLUS DE 13 SEMAINES), PASSER À IR34)</b>		

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR24	Au cours des 12 derniers mois, à combien d'adresses différentes avez-vous habité (en excluant les missions, les hôpitaux, les prisons, les résidences d'amis ou de parents)?	_____ adresse(s)	SI 0 passer à IR34
IR25	Minutenant, j'aimerais que vous me parliez (de la dernière / de l' ) adresse où vous avez habité / habitez actuellement). Quel type de résidence (était-ce / est-ce) ?	Chambre..... 1 Appartement..... 2 Maison..... 3 Famille d'accueil..... 4 Centre d'accueil..... 5 Autre (PRÉCISER): _____	IR34 IR34
IR26	(Habitez / Habitez) -vous seul ?	Non ..... 1 Oui ..... 2	IR32
IR28	S'(agissait / agit) -il d'amis, de connaissances ou de membres de la famille ?	Amis, connaissances..... 1 Membres de la famille..... 2	
IR32	Combien de temps (Depuis combien de temps) avez-vous habité à (habitez-vous) cet endroit?	_____ semaine(s)	SI MOINS D'UNE SEMAINE, CODER 0 SI PLUS DE 30 ANS, INSCRIRE 996

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR33	SI JE SUIS UN ETUDIANT, ADRESSE AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE DEMANDER: Pourquoi avez-vous quitté votre dernier domicile? CODER LES 3 RAISONS PRINCIPALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A été mis à la porte du logement parce qu'il ne payait pas son loyer..... 1</li> <li>• A été évincé du logement parce que le propriétaire a récupéré le logement..... 2</li> <li>• Est parti 'en douce' pour ne pas avoir à payer son loyer (ou les loyers en retard)..... 3</li> <li>• Il y avait trop de problèmes dans le logement (plombier, chauffage.....) . 4</li> <li>• Trop de bruit..... 5</li> <li>• C'était une piquerie..... 6</li> <li>• Insalubre..... 7</li> <li>• Violence conjugale et/ou familiale..... 8</li> <li>• A été incarcéré..... 9</li> <li>• Autre (PRÉCISER): _____</li> </ul>	IR1 et IR34
IR34	HÉBERGEMENT CHEZ DES MEMBRES DE LA FAMILLE Au cours des 12 derniers mois, avez-vous habité chez quelqu'un de votre famille (père, mère, frère, soeur, enfant, cousin, oncle, tante, belle-famille)?	Non ..... 1 Oui..... 2	IR41
IR35	Avez-vous un domicile fixe lorsque cela est arrivé?	Oui, toujours ..... 1 Non, jamais..... 2 Parfois oui, parfois non ..... 3	
IR36	Partagez-vous les frais de logement et de nourriture? ....	...jamais ..... 1 ...quelquefois ..... 2 ...la plupart du temps ..... 3 ...toujours ..... 4	
IR37	Au cours des 12 derniers mois, combien de temps avez-vous été hébergé chez quelqu'un de votre famille? SI MOINS D'UNE SEMAINE, CODER 0	_____ semaine(s)	

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR38	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous habité chez plus d'un membre de votre famille ?	Non ..... 1 Oui ..... 2	IR40
IR39	Chez combien de membres de votre famille avez-vous habité ? (NOMBRE D'ENDROITS)	..... endroits	
	(S'IL Y AVAIT PLUS D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE A LA MEME ADRESSE, COMPTER POUR UN ENDROIT)		
IR40	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été hébergé chez quelqu'un de votre famille?	Non ..... 1 Oui ..... 2	
	<b>HÉBERGEMENT CHEZ DES AMIS, DES CONNAISSANCES</b>		
IR41	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous habité chez un de vos amis ou une de vos connaissances?	Non ..... 1 Oui ..... 2	IR50
IR42	Avez-vous un domicile fixe lorsque cela est arrivé?	Oui, toujours ..... 1 Non, jamais ..... 2 Parfois oui, parfois non ..... 3	
IR43	Partagez-vous les frais de logement et de nourriture...	...jamais ..... 1 ...quelquefois ..... 2 ...la plupart du temps ..... 3 ...toujours ..... 4	
IR44	Au cours des 12 derniers mois, combien de temps avez-vous été hébergé chez des amis ou des connaissances?	..... semaine(s)	
	(S'IL Y AVAIT PLUS D'UNE SEMAINE CODER 0)		
IR45	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous habité chez plus d'un ami ou d'une connaissance ?	Non ..... 1 Oui ..... 2	IR47

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER A
IR46	Chez combien d'amis ou de connaissances avez-vous habité ? (NOMBRE D'ENDROITS)	..... endroit(s)	
	(S'IL Y AVAIT PLUS D'UN AMI A LA MEME ADRESSE, COMPTER POUR UN ENDROIT)		
IR47	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été hébergé chez des amis ou des connaissances ?	Non ..... 1 Oui ..... 2	
	<b>NUITS DEHORS, DANS DES ENDROITS PUBLICS OU ABANDONNES</b>		
IR50	SI IR1 = 1, PASSER A IR68		68
IR51	SI IR21 = 5, 6, OU 7, PASSER A IR68		68
IR52	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de dormir dehors (par exemple, dans un parc, près d'une bouche d'air chaud, etc...) en excluant les endroits publics et les endroits abandonnés?	Non ..... 1 Oui ..... 2	
IR53	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de passer la nuit ou de dormir dans des endroits publics comme une gare, un terminus, les guichets automatiques, les entrées ou les corridors d'un immeuble à logements, en excluant dehors et dans les endroits abandonnés?	Non ..... 1 Oui ..... 2	
IR54	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dormi dans des endroits comme une maison abandonnée, une voiture abandonnée, un hangar, un garage ou un autre endroit du même genre, en excluant dehors et les endroits publics?	Non ..... 1 Oui ..... 2	

SI IR52 = 2 DEMANDER IR55  
SI NON PASSER AUX DIRECTIVES  
PRÉCÉDENTES IR56

IR55 Les nuits où vous avez dormi dehors,  
faisait-il toujours chaud (par exemple,  
était-ce uniquement l'été)?

Non ..... 1  
Oui ..... 2

SI IR52 - IR53 - OU IR54 = 2  
ADAPTER IR56 - IR57 - IR58  
SI IR52 - IR53 - ET IR54 = 1  
PASSER À IR68

IR56 Avez-vous un domicile fixe lorsque  
vous avez dormi (dehors / dans des  
endroits publics / des endroits  
abandonnés)?

Oui, toujours ..... 1  
Non, jamais ..... 2  
Parfois oui, parfois non ..... 3

IR57 Au cours des 12 derniers mois,  
combien de nuits avez-vous dormi  
(dehors / dans des endroits publics / des  
endroits abandonnés)?

..... nuit(s)

IR58 Au cours des 30 derniers jours, avez-  
vous dormi (dehors / dans des endroits  
publics / des endroits abandonnés)?

Non ..... 1  
Oui ..... 2

**MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE**

MAINTENANT, J'AIMERAIS QUE VOUS ME PARLIEZ DES DIFFÉRENTS VILLAGES OU  
VILLES OÙ VOUS AVEZ VÉCU.

IR68 Depuis combien de temps vivez-vous à  
(Montréal / Québec)?

..... mois

Si 60 mois  
et plus  
passer à  
IR78

SI VÉHICULE PAS MONTRÉAL / QUÉBEC  
ATTENTION: VOUS HABITEZ-ILS  
CAPITULER LES QUESTIONS IR68 A IR78  
EN FONCTION DE CETTE VILLE OU  
VILLAGES

IR71 Pensez à vos déménagements d'une  
ville à une autre au cours des 5  
dernières années. Combien de  
déménagements différents avez-vous  
faits au cours des 5 dernières années?  
(SI TROP POUR LES COMPTER  
CODER 96)

..... déménagements

SI IR68 = 12 MOIS OU PLUS,  
PASSER À IR78

IR72 Combien de déménagements d'une ville  
à une autre avez-vous faits au cours des  
12 derniers mois?

..... déménagements

IR73 Dans quelle ville ou quel village viviez-  
vous juste avant de venir à (Montréal /  
Québec) la dernière fois?

IR75 Dans quels types d'endroits dormiez-  
vous habituellement quand vous étiez à  
(VOIR IR73)?

- A) Un appartement ou une maison à lui ..... 1
- B) Hôtel ou motel, maison de chambre ..... 1
- C) Mission, refuge ..... 1
- D) Amis ou connaissances ..... 1
- E) Parents ..... 1
- F) Dehors ..... 1
- G) Endroits publics ..... 1
- H) Auto ou bâtiment abandonné ..... 1
- I) Centre d'accueil, maison de thérapie ..... 1
- J) Hôpital, prison, poste de police ..... 1
- K) Autre (PRÉCISER):

QUESTION

CODIFICATION

#

IR84A

Moins de 2 semaines ..... 1  
2 semaines et plus ..... 2

Depuis combien de temps cherchez-vous un logement?

IR84C

N'a pas suffisamment cherché ..... 1  
Les loyers sont trop chers pour ce qu'il peut payer ..... 2  
N'arrive pas à trouver le logement qui lui convient ..... 3  
Besoin d'aide pour chercher un logement ..... 4  
Autre (PRÉCISER):  
\_\_\_\_\_

Comment se fait-il que vous ne soyez pas encore arrivé à trouver un logement?

IR84B

Oui ..... 1  
Non ..... 2

Savez-vous qu'il existe des logements subventionnés?

IR84C

Oui ..... 1  
Non ..... 2

Avez-vous essayé d'avoir un logement subventionné?

IR84D

Pas d'argent ..... 1  
Doit auparavant aller en désintoxication ..... 2  
Les missions pourvoient à ce besoin pour le moment ..... 3  
N'est pas motivé pour faire cette démarche ..... 4  
Attend de recevoir son chèque (BS, chômage, paye, etc.) ..... 5  
Autre (PRÉCISER):  
\_\_\_\_\_

Pour quelle raison ne cherchez-vous pas un logement actuellement?  
CODER LA RAISON PRINCIPALE

IR85

Oui ..... 1  
Non ..... 2

Est-ce que votre logement actuel vous convient?

IR86

Oui ..... 1  
Non ..... 2

Est-ce que votre logement actuel vous convient?

IR86

QUESTION

CODIFICATION

#

IR77

A) Raisons saisonnières/température ..... 1  
B) Ami ou famille dans la région ..... 2  
C) Entendu parler qu'il y avait de l'emploi et d'autres possibilités ..... 3  
D) A senti ou on lui a dit que cette ville était un bon endroit pour vivre à cause des services ..... 4  
E) Pas de raison particulière ..... 5  
F) Autre (PRÉCISER):  
\_\_\_\_\_

Pourquoi avez-vous décidé de déménager à (Montréal / Québec)?  
(MAXIMUM DE 3 RÉPONSES)

IR78

Non ..... 1  
Oui ..... 2

Prévoyez-vous quitter (Montréal ou Québec) prochainement?

IR78

Non ..... 1  
Oui ..... 2

Êtes-vous présentement à la recherche d'un logement?

IR81

Chambre ..... 1  
Chambre et pension ..... 2  
Petit appartement (1 ½, 2 ½) ..... 3  
Autre appartement (3 ½ et plus) ..... 4  
Autre (PRÉCISER):  
\_\_\_\_\_

Quel genre de logement cherchez-vous?

IR82

Non ..... 1  
Oui ..... 2

Désirez-vous partager le logement avec quelqu'un?

IR83

Moins de 200 \$ ..... 1  
Entre 200 et 249 \$ ..... 2  
Entre 250 et 299 \$ ..... 3  
Entre 300 et 349 \$ ..... 4  
Entre 350 et 399 \$ ..... 5  
Plus de 400 \$ ..... 6

Quel montant pouvez-vous déboursier par mois pour payer les frais de logement (incluant l'électricité et le chauffage)?

IR83A

LOGEMENT

SI L'EST ACTUELLEMENT DOMICILIÉ, PASSER À IR86

IR81

Non ..... 1  
Oui ..... 2

Êtes-vous présentement à la recherche d'un logement?

IR81

Chambre ..... 1  
Chambre et pension ..... 2  
Petit appartement (1 ½, 2 ½) ..... 3  
Autre appartement (3 ½ et plus) ..... 4  
Autre (PRÉCISER):  
\_\_\_\_\_

Quel genre de logement cherchez-vous?

IR82

Non ..... 1  
Oui ..... 2

Désirez-vous partager le logement avec quelqu'un?

IR83

Moins de 200 \$ ..... 1  
Entre 200 et 249 \$ ..... 2  
Entre 250 et 299 \$ ..... 3  
Entre 300 et 349 \$ ..... 4  
Entre 350 et 399 \$ ..... 5  
Plus de 400 \$ ..... 6

Quel montant pouvez-vous déboursier par mois pour payer les frais de logement (incluant l'électricité et le chauffage)?

IR83A

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER
IR87	Pour quelle raison ne cherchez-vous pas un autre logement? <b>CODER LA RAISON PRINCIPALE</b>	Pas d'argent.....1 Doit auparavant aller en désintoxication.2 N'est pas motivé pour faire cette démarche.....3 Autre (PRÉCISER): <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>	A

4 - ÉMOTIONS ET SENTIMENTS

SECTION F

LES PROCHAINES QUESTIONS PORTENT SUR VOS ÉMOTIONS ET SENTIMENTS.

- F1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une période d'au moins deux semaines, où presque tous les jours, vous vous sentiez triste, déprimé ou vide la plupart du temps? NON OUI
- F2. Avez-vous déjà eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez perdu intérêt dans presque tout ou ne retiriez plus de plaisir d'activités qui habituellement vous auraient plu? NON OUI

F3. F1 OUI F2 EST-IL CODÉ 5? NON OUI

- F4. (Alors que vous (vous sentiez triste, vide ou déprimé/ aviez perdu intérêt dans presque tout)) avez-vous déjà eu une période d'au moins deux semaines d'affilée où vous avez noté des changements concernant des choses comme votre sommeil, votre appétit, votre niveau d'énergie, votre capacité de concentration ou votre mémoire? ADD 1 2 3 4 5

SX = les problèmes que vous avez eus durant une période comme celle-là ? MD : \_\_\_\_\_

AUTRE : \_\_\_\_\_

SI ADONNÉ EST PAS CODÉ 5, ALLER À F15  
SI DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SUR LA LIGNE MD,  
DEMANDER A ET B. AUTREMENT, ALLER À F5

- A. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à une maladie physique? NON OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD)
- B. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à la prise de médicaments, de drogues ou d'alcool? NON OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD)

PASSER À

CODIFICATION

QUESTION

#

SP57 À quand remonte votre dernière visite chez le denturologiste?

Denturologiste

- 1 Jamais  
2 Il y a moins d'un an  
3 De 1 an à moins de 2 ans  
4 De 2 ans à moins de 5 ans  
5 Il y a 5 ans et plus  
8 Ne sait pas

SI SP50 = 1 PASSER À

SP58 Qu'est-ce qui vous empêcherait d'aller chez le dentiste?

Non Oui

- A Le manque d'argent 1 2  
B Le mauvais accueil de la part du dentiste 1 2  
C La peur 1 2  
D Le manque de disponibilité du dentiste 1 2  
E Ne pas savoir où aller 1 2  
F La difficulté d'expliquer le problème 1 2  
G Ne pas vouloir se faire traiter 1 2

F5. Pensez à une période d'au moins deux semaines où vous (vous sentez triste, vide ou déprimé/ avez perdu intérêt dans presque tout et) avez le plus grand nombre de ces problèmes de sommeil, d'appétit, de fatigue continue ou de pensée confuse. Quel âge aviez-vous à ce moment-là?

SI NE PEUT CHOISIR, DEMANDER : Choisissez une mauvaise période DE DEUX SEMAINES. Quel âge aviez-vous alors?

A. SI ÂGE MOINS D'UN AN, DE L'ÂGE ACTUEL  
 NON ..... 1  
 OUI ..... 5

	COL. I MAX SX		COL. II 12 DERNIERS MOIS	
	NON	OUI	NON	OUI
B. DEMANDER SÉULÉMENT SI F1 ET F2 SONT CODÉS 5 Durant ces deux semaines alors que vous aviez (ÂGE)...				
1) Vous sentiez-vous triste, morose ou déprimé?	1	5	1	5
2) Avez-vous perdu intérêt dans presque tout?	1	5	1	5

CODER DANS COL. I

**PROBLÈMES D'APPÉTIT**

F6. Au cours de cette période de deux semaines (alors que vous aviez ÂGE À F5), aviez-vous, presque tous les jours, beaucoup moins d'appétit que d'habitude?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES D'APPÉTIT ET ALLER À F10	SI CODÉ 5, ALLER À F10			
F7. Avez-vous perdu du poids sans le vouloir, jusqu'à 2 livres (1 kg) par semaine ou jusqu'à 8 livres (4 kg) en tout?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES D'APPÉTIT ET ALLER À F10	SI CODÉ 5, ALLER À F10			
F8. Avez-vous beaucoup plus d'appétit que d'habitude presque tous les jours pendant au moins deux semaines?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES D'APPÉTIT ET ALLER À F10	SI CODÉ 5, ALLER À F10			
F9. Avez-vous gagné du poids, jusqu'à 2 livres (1 kg) par semaine ou jusqu'à 8 livres (4 kg) en tout?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES D'APPÉTIT				

	COL. I MAX SX		COL. II 12 DERNIERS MOIS	
	NON	OUI	NON	OUI

**PROBLÈMES DE SOMMEIL**

F10. Au cours de cette période de deux semaines, aviez-vous, presque toutes les nuits, de la difficulté à vous endormir, vous réveillez-vous la nuit, ou vous réveillez-vous trop tôt?	1	5	1	5
SI CODÉ 1, ALLER À F11. SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES DE SOMMEIL	SI CODÉ 1, ALLER À F11			
A. Vous réveillez-vous au moins deux heures avant que vous ne le vouliez, presque tous les matins?	1	5	1	5
ALLER F12	ALLER À F12			
F11. Durant ces deux semaines, dormiez-vous trop presque tous les jours?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE PROBLÈMES DE SOMMEIL				

**FATIGUE OU MANQUE D'ÉNERGIE**

F12. Pendant cette période, manquez-vous d'énergie ou vous sentiez-vous beaucoup plus fatigué que d'habitude, presque tous les jours?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE FATIGUE OU MANQUE D'ÉNERGIE				
F13. Vous sentiez-vous particulièrement mal au réveil le matin, mais alliez mieux plus tard durant la journée?	1	5	1	5

**LENTEUR/AGITATION**

F14. Parlez-vous ou vous déplacez-vous plus lentement que d'habitude, ou encore parlez-vous ou vous déplacez-vous avec difficulté, et ce presque tous les jours?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE LENTEUR/AGITATION ET ENCLERCLER « LENTHEUR », ALLER À F16	SI CODÉ 5, ALLER À F16			
F15. Étiez-vous, presque tous les jours, beaucoup plus agité ou nerveux(se) que d'habitude au point de marcher de long en large ou de ne pas pouvoir rester en place?	1	5	1	5
SI CODÉ 5, COCHER LA CASE LENTEUR/AGITATION ET ENCLERCLER « AGITATION »				

	COL. I MAX SX		COL. II 12 DERNIERS MOIS	
	NON	OUI	NON	OUI
<b>PERTE D'INTÉRÊT SEXUEL</b> <input type="checkbox"/>				
F16. Au cours de cette période, votre intérêt sexuel était-il beaucoup plus faible que d'habitude? SI. CODÉ. 5. COCHER LA CASE PERTE D'INTÉRÊT SEXUEL.	1	5	1	5
<b>SE SENTIR « BON À RIEN » / OU COUPABLE</b> <input type="checkbox"/>				
F17. Au cours de cette période, vous sentiez-vous « bon à rien » presque tous les jours?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE SE SENTIR « BON À RIEN » / OU COUPABLE ET ENGERCLER « BON À RIEN ».				
A. Vous sentiez-vous coupable, même si vous n'aviez pas de raisons de vous sentir ainsi?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE SE SENTIR « BON À RIEN » / OU COUPABLE ET ENGERCLER « COUPABLE ».				
<b>DIFFICULTÉ À PENSER</b> <input type="checkbox"/>				
F18. Aviez-vous, presque tous les jours, beaucoup plus de difficulté que d'habitude à vous concentrer?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE DIFFICULTÉ À PENSER ET ALLER À F22.				
F19. Aviez-vous, presque tous les jours, des difficultés inhabituelles à vous rappeler de certaines choses?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE DIFFICULTÉ À PENSER ET ALLER À F22.				
F20. Vos pensées vous venaient-elles beaucoup plus lentement que d'habitude, ou vous semblaient-elles confuses presque tous les jours?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE DIFFICULTÉ À PENSER ET ALLER À F22.				
F21. Étiez-vous incapable de prendre des décisions à propos de choses qui ne vous posaient habituellement aucun problème de décision?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE DIFFICULTÉ À PENSER.				

	COL. I MAX SX		COL. II 12 DERNIERS MOIS	
	NON	OUI	NON	OUI
<b>PENSÉES AU SUJET DE LA MORT</b> <input type="checkbox"/>				
F22. Au cours de cette période, avez-vous souvent cru que ce serait mieux si vous étiez mort(e)?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE PENSÉES AU SUJET DE LA MORT.				
F23. Avez-vous pensé à vous suicider?	1	5	1	5
SI CODÉ 1. ALLER À F24.				
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE PENSÉES AU SUJET DE LA MORT SI ELLE EST VIDE.				
A. Avez-vous pensé à une façon de vous y prendre?	1	5	1	5
SI CODÉ 5. COCHER LA CASE PENSÉES AU SUJET DE LA MORT SI ELLE EST VIDE.				
F24. F1 OU F2 EST-IL CODÉ 5 (page 34)?	NON	OUI	(ALLER À B)	1
A. Y A-T-IL 3 CASES OÙ PLUS COCHÉES ?	NON	OUI	(ALLER À F35)	1
	NON	OUI	(ALLER À C)	5
B. COMBIEN DE CASES SONT COCHÉES ?				
	3 OU PLUS (ALLER À F25)	2	1	5
	0 OU 1	0	1	3
				1
C. Au cours de cette période de deux semaines lorsque vous aviez (CASES COCHÉES), vous sentiez-vous plus triste ou vide ou désintéressé de tout que d'habitude?	NON	OUI	(ALLER À F35)	1
	NON	OUI	(ALLER À F35)	5
F25. Depuis la première fois où pendant deux semaines ou plus, vous (étiez déprimé/ avez perdu tout intérêt) vous est-il déjà arrivé de vous sentir bien pendant deux mois ou plus d'affilée?	NON	OUI	(ALLER À F26)	1
	NON	OUI	(ALLER À F26)	5
A. Une fois que vous vous êtes senti bien pendant deux mois ou plus après un épisode, avez-vous eu une autre période de deux semaines ou plus, où vous (vous sentiez déprimé/ aviez perdu tout intérêt)?	NON	OUI	(INSCRIRE 001 DANS B ET ALLER À F26)	1
	NON	OUI	(INSCRIRE 001 DANS B ET ALLER À F26)	5
B. En tout, combien d'épisodes avez-vous vécus entre lesquels vous avez connu une période d'au moins deux mois où vous vous sentiez bien?			# D'ÉPISODES	1 / 1

# DE SEMAINES / /

F26. Combien de temps a duré (cet épisode / l'épisode le plus long) où vous (vous sentiez déprimé/ aviez perdu tout intérêt) et où vous avez plusieurs de ces problèmes?

SI TOUJOURS LA VIE OU PLUS DE 19 ANS, INSCRIRE 996

(ANNÉES X 32 = # SEMAINES, MOIS X 4 = # SEMAINES) SI MOINS DE 24 SEMAINES, ALLER À F28

F27.

F28. Cet épisode de dépression [a lors que vous aviez (ÂGE À F5 - page 35)], a-t-il suivi de près le décès de l'un de vos proches? NON..... (ALLER À F29) 1 OUI..... 5

SI F28H (#D'ÉPISODES) CODÉ 901, ALLER À F30

A. Avez-vous déjà eu un épisode, où vous (vous sentiez déprimé ou vide/ aviez perdu tout intérêt) en même temps que vous aviez ces autres problèmes tels que : (INSCRIRE 3 CASES COCHÉES DE F3-F23) à des moments qui ne suivent pas de près le décès de l'un de vos proches? NON, UNIQUEMENT APRÈS UN DÉCÈS..... (ALLER À F30) 1 OUI, À D'AUTRES MOMENTS..... 5

F29. SI HOMME, ALLER À F30, SI FEMME SANS ENFANT (CSI3 CODE D) ALLER À F30

Est-il arrivé qu'un épisode où vous (vous sentiez triste ou vide / aviez perdu tout intérêt) et que vous aviez certains de ces autres problèmes, débute durant le mois suivant la naissance de votre enfant? NON..... (ALLER À F30) 1 OUI..... 5

A. Est-ce que l'épisode, alors que vous aviez (ÂGE À F5 - page 35), a débute durant le mois suivant la naissance de votre enfant? NON..... 1 OUI..... 5

F30. REC : Quand s'est terminé (votre dernier/l') épisode où vous (vous sentiez déprimé/ aviez perdu tout intérêt) et que vous avez certains de ces problèmes presque tous les jours pendant au moins deux semaines?

/ / MOIS / / ÂGE

SI PRÉSENT DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00, SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS CODER MOIS = 66 ET INSCRIRE L'ÂGE, AUTREMENT INSCRIRE LE MOIS

APP : Quel âge aviez-vous la première fois où vous (vous êtes senti déprimé/ aviez perdu tout intérêt) et que vous avez eu certains de ces problèmes pendant deux semaines ou plus?

/ / ÂGE

SI ÂGE APP À L'INTÉRIEUR DES 2 ANS DE L'ÂGE REC OU ÂGE ACTUEL, ALLER À F31

SI ÂGE = INTÉRIEUR À 40, COCHER VIS À VIS F30 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W

REM : Entre le moment où vous avez eu un épisode pour la première fois, et la dernière fois où vous avez connu un tel épisode, y a-t-il eu une année complète où vous n'avez eu aucun épisode d'au moins deux semaines? NON..... (ALLER À F31) 1 OUI..... 5

F30A. Combien de périodes avez-vous eu, où pendant une année complète vous n'avez eu aucun épisode d'au moins deux semaines? 1..... 1 2..... 2 3 et plus..... 3

F31. ACT SI MOIS REC CODE 66, ALLER À F34A. SI F5 EST L'ÂGE ACT OU F5A EST CODE 5 (page 35), ALLER À F32. AUTREMENT REVENIR ET DEMANDER F31-F33 ET CODER DANS COL. IL AVEC L'INTRODUCTION SUIVANTE.

Vous avez dit qu'au cours des 12 derniers mois, vous avez eu au moins deux semaines où vous (vous sentiez déprimé/ aviez perdu tout intérêt) et que vous aviez certains de ces autres problèmes. Parlons de la période de deux semaines au cours des douze derniers mois où vous avez eu le plus de problèmes comme ceux dont nous avons parlé... OMETTRE LA PARENTHÈSE À F6.

F32. Vous est-il arrivé, au cours des douze derniers mois, de vouloir parler à un médecin ou à un autre professionnel de la santé du fait de vous sentir déprimé ou d'avoir perdu tout intérêt?

NON ..... (ALLER À F33) ..... 1  
 OUI ..... 5

A. L'avez-vous fait?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

F33. Ces périodes où vous (vous sentiez triste, vide, déprimé/avez perdu tout intérêt) vous ont-elles causées des problèmes auprès de la famille, des amis ou au travail au cours des douze derniers mois?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

A. Ces périodes de dépression vous ont-elles déjà causé des problèmes auprès de la famille, des amis, au travail ou dans d'autres situations?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

B. Ces périodes de dépression, vous ont-elles déjà causé des problèmes sérieux auprès de la famille, des amis ou au travail pendant un mois ou plus?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

F34. Avez-vous déjà été admis à l'hôpital parce que vous vous sentiez déprimé, triste, vide ou que vous aviez perdu tout intérêt?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

F35. SI UN PÉRIODE DE DÉPRESSION A DURÉ 2 ANS (F26 CODE: 104.996 (page 39)), ALLER À A.

Y a-t-il déjà eu une période de deux ans ou plus où, presque tous les jours, vous vous sentiez déprimé ou triste la plupart du temps?

NON ..... (ALLER À S1) ..... 1  
 OUI ..... 5

A. Avez-vous déjà été déprimé aussi longtemps que deux ans, sans une interruption de deux mois d'affilée où vous vous sentiez bien?

NON ..... (ALLER À S1) ..... 1  
 OUI ..... 5

F36. Durant la période de deux ans ou plus où vous vous sentiez déprimé ou triste, avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants?

	NON	OUI
a. 1. Avez-vous peu d'appétit?	1	5
2. Avez-vous beaucoup plus d'appétit que d'habitude?	1	5
b. 1. Dormiez-vous mal?	1	5
2. Dormiez-vous trop?	1	5
c. Vous sentiez-vous fatigué ou aviez-vous très peu d'énergie?	1	5
d. Avez-vous une faible estime de vous-même?	1	5
e. 1. Étiez-vous incapable de vous concentrer?	1	5
2. Étiez-vous incapable de prendre des décisions?	1	5
f. Vous sentiez-vous sans espoir?	1	5

F37. Y A-T-IL DEUX CASER OU PLUS CODÉS 5 À F36 ? SI NON, CODER ADD 1 ET ALLER À S1. SI OUI :

Durant l'une de ces longues périodes où vous vous sentiez déprimé ou triste et que vous aviez ces problèmes, en avez-vous parlé à un médecin?

MD :  MD  
 AUTRE : \_\_\_\_\_

ADD : 1 2 3 4 5

NON ..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD) : 5

SI ADD NON CODÉ 5, ALLER À S1. SI DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SUR LA LIGNE MD, DEMANDER À ET B AUTREMENT ALLER À F38

A. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à une maladie physique?

NON ..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD) : 5

B. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à la prise de médicaments, de drogues ou d'alcool?

NON ..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD) : 5

F38. REC : Quand s'est terminée votre dernière période d'au moins deux ans où vous vous sentiez triste et avez certains de ces problèmes?

MOIS / ANS

SI PRÉSENT DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66 ET INSCRIRE L'ÂGE. AUTREMENT, INSCRIRE LE MOIS.

APP : Quel âge aviez-vous au début de votre première période de deux ans ou plus de ce genre?

SI ÂGE APP INFÉRIEUR À 5 ANS AVANT L'ÂGE REC SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, CODER VRS. A-VIS F38 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W

NON ..... (ALLER À F39) ..... 1  
 OUI ..... 5

REM : Entre le moment où votre première longue période de tristesse a commencé et la fin de votre dernière longue période de dépression, y a-t-il eu une année entière où la plupart du temps vous n'étiez pas déprimé?

Combien de périodes avez-vous eu où pendant une année entière la plupart du temps vous n'étiez pas déprimé?

1 ..... 1  
 2 ..... 2  
 3 et plus ..... 3

F38A

Section S

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER
	Pensées de suicide		A
S1	Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de penser sérieusement à vous suicider?	Oui.....1 Non.....2	→
S2	Avez-vous eu de telles pensées au cours des 12 derniers mois?	Oui.....1 Non.....2	
	Tentatives de suicide		
S3	Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide?	Oui.....1 Non.....2	→
S4	Cela est-il arrivé plusieurs fois?	Oui.....1 Non.....2	
S5	Cela vous est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?	Oui.....1 Non.....2	
S6	Avez-vous été conduit ou vous êtes-vous présenté à l'urgence d'un hôpital suite à (cette / la dernière) tentative de suicide?	Oui.....1 Non.....2	
S7	Suite à (cette / la dernière) tentative de suicide, avez-vous reçu une aide particulière de...	Oui Non	
A	... vos parents ou de vos amis? .....	1 2	
B	... professionnels de la santé? .....	1 2	

F39. STAGNÉ REÇÀ F38 EST CODÉ 66. ALLER À F40A.	NON.....1 OUI.....5	(ALLER À F40)
Vous est-il arrivé, au cours des douze derniers mois, de vouloir parler à un médecin ou à un autre professionnel de la santé de ces épisodes de dépression?	NON.....1 OUI.....5	
A. I. avez-vous fait?	NON.....1 OUI.....5	
F40. Le fait de vous sentir déprimé et d'avoir ces problèmes vous a-t-il causé des difficultés auprès de la famille, des amis ou au travail au cours des douze derniers mois?	NON.....1 OUI.....5	(ALLER À B)
A. Ces longues périodes de dépression vous ont-elles déjà causé des difficultés auprès de la famille, des amis, au travail ou dans d'autres situations?	NON.....1 OUI.....5	(ALLER À S1)
B. Vous ont-elles déjà causé des problèmes sérieux, auprès de la famille, des amis ou a travail durant un mois ou plus?	NON.....1 OUI.....5	





G20 REC : Quand est survenue la dernière semaine où vous étiez (heureux(se) ou excité(irritable) et aviez certains de ces changements de comportements, comme (ITEMS CODÉS 5 DE G5-G14)?

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00 ET ALLER À APP. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66 ET INSCRIRE L'ÂGE. AUTREMENT, CODER LE MOIS ET ALLER À APP.

APP : Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu une période de ce genre qui a duré au moins 4 jours d'affilée?

SI ÂGE APP. À L'INTÉRIEUR DE 3 ANS DEL. ÂGE REC. SI ÂGE \* INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-A-VIS G26 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W.

REM : Entrez le moment où ces épisodes ont débuté et lorsqu'ils se sont déroulés la dernière fois, y a-t-il eu au moins une année complète où vous n'avez pas eu de périodes de ce genre qui ont duré 4 jours ou plus?

G20A

Combien de périodes avez-vous eu où pendant au moins une année complète vous n'avez pas eu de périodes de ce genre qui ont duré 4 jours ou plus?

ACT. SI MOIS REC. CODE 66, ALLER À G20A. SI G4 EST ÂGE ACTUEL OU G4A EST CODE 5, ALLER À G21. AUTREMENT, REPRENDRE LES QUESTIONS C4B1-14 ET CODER DANS COL. IL AVEC INTRODUCTION.

\* Vous avez dit qu'au cours des douze derniers mois vous avez eu des jours où vous étiez (heureux(se) ou excité(irritable) et où vous aviez certains de ces changements de comportements. Parlons de cette période au cours de la dernière année où votre comportement a changé le plus ».

CORRECTION LA PARENTHÈSE À G5.

G21 Vous est-il arrivé au cours des douze derniers mois de vouloir parler à un médecin ou à un autre professionnel de la santé au sujet de ces comportements ?

A. L'avez-vous fait? NON ..... 1  
OUI ..... 5

G22 Ces changements de comportement alors que vous étiez (particulièrement heureux(se) ou excité(irritable) vous ont-ils causés des problèmes auprès de la famille, des amis ou au travail à un moment où à un autre au cours des douze derniers mois ?

A. Ces changements de comportement alors que vous étiez excité(irritable), vous ont-ils déjà causé des problèmes auprès de la famille, des amis ou au travail ou dans d'autres situations ? NON ..... 1  
OUI ..... 5

B. Vous ont-ils déjà causé des problèmes sérieux auprès de la famille, des amis ou au travail durant un mois ou plus ? NON ..... 1  
OUI ..... 5

G23 SI AUCUN ÉPISODE DÉPRESSIF (ADD EN F4 N'EST PAS CODE 5 (page 30)) OU G18=007 (page 48), ALLER À HI.

Vous avez également eu des périodes où vous vous sentiez triste, dépressif(ve) ou perdiez intérêt dans tout et où vous aviez certains de ces problèmes (ÉNUMÉRER 2 CASES COCHÉES EN F6-F24).

Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez (heureux(se) ou excité(irritable) à l'intérieur de deux mois de l'une de ces périodes où vous vous sentiez triste ou vous aviez perdu tout intérêt? NON ..... 1  
OUI ..... 5

A. Avez-vous déjà eu une semaine complète où vous étiez surexcité ou particulièrement irritable et vous vous sentiez également triste ou dépressif(ve) ou vous n'avez plus d'intérêt en même temps ? NON ..... 1  
OUI ..... 5

B. Est-ce que la semaine dont vous m'avez parlée alors que vous aviez (ÂGE EN F5 (page 35)) était comme cela ? NON ..... 1  
OUI ..... 5

C. Est-ce que la semaine dont vous m'avez parlée alors que vous aviez (ÂGE IN G4 (page 46)) était comme cela ? NON ..... 1  
OUI ..... 5

SECTION H

H1. Avez-vous déjà cru que l'on faisait des expériences ou des tests secrets sur vous ?

NON ..... (ALLER À H2) ..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Comment saviez-vous que l'on faisait des tests ou des expériences sur vous ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H2. Avez-vous déjà cru que quelqu'un complotait contre vous ou que l'on essayait de vous faire du mal ou de vous empoisonner ?

NON ..... (ALLER À H3) ..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Comment saviez-vous que cela vous arrivait ?

INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H3. Avez-vous déjà cru que l'on vous espionnait ?

NON ..... (ALLER À H4) ..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Comment saviez-vous que quelqu'un vous espionnait ?

INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H4. Vous est-il déjà arrivé de croire que quelqu'un vous suivait ?

NON ..... (ALLER À H5) ..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Qu'est-ce qui vous faisait croire que vous étiez suivi ?

INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H5. Avez-vous déjà vu des gens que vous ne connaissiez pas se parler entre eux et pensé qu'ils parlaient ou riaient de vous ?

NON ..... (ALLER À H6) ..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Qu'est-ce qui vous a fait penser que c'était de vous qu'ils parlaient ou riaient ?

INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H6. Avez-vous déjà cru qu'on pouvait lire dans vos pensées ?

NON ..... (ALLER À H7) ..... 1  
 OUI ..... 2

A. Est-ce qu'on savait réellement ce que vous pensiez ou le devinait-on à partir de l'expression de votre visage ou du fait qu'on vous connaissait depuis longtemps ?

SI « LE DEVINAIT » CODER 2. AUTREMENT DEMANDER B.

B. Comment saviez-vous qu'ils pouvaient lire dans vos pensées ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H7. Avez-vous déjà cru que vous pourriez réellement entendre ce qu'une autre personne pensait, même si elle ne parlait pas ?

NON ..... (ALLER À H8) ..... 1  
 OUI ..... 5

A. Comment vous était-il possible d'entendre les pensées d'une autre personne, si cette personne ne parlait pas ?

INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H8. Avez-vous déjà cru que quelqu'un pouvait entendre vos pensées ?

NON ..... (ALLER À H9) ..... 1  
 OUI ..... 5

A. Comment s'y prenaient-ils ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H9. Avez-vous déjà cru que quelqu'un, une puissance ou une force quelconque pouvait contrôler vos mouvements ou vos pensées contre votre volonté? NON ..... (ALLER À H10) ..... 1  
OUI ..... 5

A. Qui ou qu'est-ce qui vous contrôlait?  
INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H10. Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou quelque chose pouvait placer dans votre tête des pensées qui n'étaient pas les vôtres? NON ..... (ALLER À H11) ..... 1  
OUI ..... 5

A. Pouvez-vous me parler d'une circonstance où cela s'est produit? INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H11. Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou quelque chose volait vos pensées ou les enlevaient de votre esprit? NON ..... (ALLER À H12) ..... 1  
OUI ..... 5

A. Comment cela était-il possible?  
INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H12. Avez-vous déjà été convaincu que quelqu'un que vous ne connaissiez pas était en amour avec vous? NON ..... (ALLER À H13) ..... 1  
OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Comment saviez-vous que cette personne était en amour avec vous? INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H13. Avez-vous déjà cru que l'on vous envoyait des messages spéciaux par la télévision ou la radio, ou qu'on faisait des programmes de radio ou de télévision spécialement pour vous? NON ..... (ALLER À B) ..... 1  
OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Comment saviez-vous que c'était pour vous.  
INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

B. Avez-vous déjà cru qu'un journal, une revue, ou une chanson s'adressait à vous seulement et à personne d'autre? NON ..... (ALLER À H14) ..... 1  
OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

C. Comment saviez-vous que cela s'adressait à vous seulement? INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H14. Avez-vous déjà eu la sensation d'être sous l'influence de forces étranges, comme si vous étiez sous l'emprise d'une hypnose ou d'un acte de magie ou comme si vous subissiez l'action de rayons X ou de rayons laser? NON ..... (ALLER À H15) ..... 1  
OUI ..... 5

A. De quelle force s'agissait-il?  
INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H15. Avez-vous déjà cru que vous aviez fait une chose terrible pour laquelle vous auriez dû être puni? NON ..... (ALLER À H16) ..... 1  
OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
OUI, & PEU PLAUSIBLE ..... 5

A. Qu'est-ce que vous croyiez avoir fait.  
INSCRIRE CI-DESSOUS

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H16 S'IL AUCUN 5 N'EST CODÉ DANS H1-H15, CODER  
 ADD. 1 ET 2. ALLER À H18. AUTREMENT  
 Vous avez dit avoir eu des croyances telles que  
 (ÉNUMÉRER LES CROYANCES CODÉES 5 À H1-H15).  
 Avez-vous parlé à un médecin au sujet de l'une ou l'autre de  
 ces croyances? (CONTINUER AVEC ADD. MD)

SX = ces croyances

MD : \_\_\_\_\_

AUTRE : \_\_\_\_\_

SI AUCUN NON CODÉ 5, ALLER À H18. SI DIAGNOSTIC  
 PSYCHIATRIQUE SUR LA LIGNE MD, DEMANDER A  
 ET B. AUTREMENT ALLER À H17

A. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était  
 dû à une maladie ou à une condition physique? NON ..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD) ..... 5

B. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était  
 dû à la prise de médicaments, de drogues ou d'alcool? NON ..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD) ..... 5

H17 REC : Quand avez-vous eu la dernière fois l'une ou l'autre de  
 ces croyances ou expériences? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 MOIS / ANS / ÂGE

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00. SI  
 PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS =  
 06 ET INSCRIRE ÂGE. AUTREMENT CODER LE  
 MOIS

APP : Quel âge avez-vous la première fois que vous avez eu  
 l'une ou l'autre de ces croyances ou expériences? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ÂGE

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER  
 VLS À VIS H17 DANS LA COLONNE  
 APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE  
 POINTAGE W

H18 Avez-vous déjà vécu l'expérience de voir quelque chose ou  
 quelqu'un que les personnes autour de vous ne pouvaient  
 voir, c'est-à-dire avoir une vision alors que vous étiez  
 complètement éveillé? NON ..... 1  
 OUI ..... 5  
 (ALLER À H19)

A. Qu'avez-vous vu? INSCRIRE CI-DESSOUS.  
 SEULEMENT SOUS L'INFLUENCE  
 DE L'ALCOOL OU DROGUES OU  
 FIÈVRE ..... 4  
 OUI ..... 5  
 OUI, MAIS SEULEMENT SUITE AU  
 DÉCÈS RÉCENT D'UN MEMBRE  
 DE LA FAMILLE ..... 6

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H19 Vous est-il arrivé plus d'une fois d'entendre des choses ou  
 des voix que les autres ne pouvaient pas entendre? NON ..... 1  
 DÉCÉDÉ SEULEMENT (ALLER À H20) ..... 2  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE ..... 3  
 SEULEMENT SOUS L'INFLUENCE DE  
 L'ALCOOL OU DROGUES OU FIÈVRE... 4  
 OUI, PEU PLAUSIBLE ..... 5

SI NON, CODER 1 ET ALLER À H20. AUTREMENT  
 DEMANDER A.

A. Qu'avez-vous entendu. INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

SI SEULEMENT OCCASIONNELLEMENT LA VOIX  
 D'UNE PERSONNE AIMÉE DÉCÉDÉE, CODER 2 ET  
 ALLER À H20. AUTREMENT DEMANDER B.

B. Comment expliquez-vous que vous entendiez ces  
 choses ou ces voix que d'autres ne pouvaient  
 entendre? INSCRIRE CI-DESSOUS ET CODER 3 OÙ 5

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

C. Avez-vous déjà entendu ces choses pendant plus de  
 quelques minutes? NON ..... 1  
 OUI ..... 5  
 SI VOIX MENTIONNÉE A.A., ALLER À E

D. Avez-vous déjà entendu des voix que les autres  
 n'entendaient pas? NON ..... 1  
 OUI ..... 5  
 (ALLER À H20)

E. Avez-vous déjà entendu des voix, que les autres  
 n'entendaient pas, passer des commentaires sur ce que  
 vous disiez ou pensiez? NON ..... 1  
 OUI ..... 5

F. Avez-vous déjà entendu des voix qui vous disaient ce  
 que vous deviez faire? NON ..... 1  
 OUI ..... 5

G. Avez-vous déjà entendu deux ou plusieurs voix se  
 parlant entre elles, mais que les autres ne pouvaient  
 pas entendre? NON ..... 1  
 OUI ..... 5

H. Avez-vous déjà fait la conversation avec ces voix? -  
 Si vous leur parliez elles vous parlaient à leur tour. NON ..... 1  
 OUI ..... 5

H20 Avez-vous déjà été incommodé par des odeurs étranges que personne d'autre ne semblait être capable de sentir, peut-être même des odeurs venant de votre propre corps ?

A. Qu'avez-vous senti ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

B. D'où venaient ces odeurs ou senteurs étranges.  
INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H21 Avez-vous déjà eu des sensations inhabituelles sur votre corps ou à l'intérieur, par exemple, une sensation de toucher sans qu'il n'y ait vraiment quelque chose, ou la sensation que quelque chose bougeait à l'intérieur de votre corps ?

A. Qu'avez-vous ressenti ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

H22 Avez-vous déjà eu des goûts étranges dans la bouche qui ne provenaient pas de quelque chose que vous avez mangé ?

A. Que goûtiez-vous ? INSCRIRE CI-DESSOUS.

EXEMPLE : \_\_\_\_\_

- NON..... (ALLER À H21)..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE..... 3  
 SEULEMENT SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL OU DROGUES OU FIÈVRE..... 4  
 OUI, PEU PLAUSIBLE..... 5

- NON..... (ALLER À H22)..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE..... 3  
 SEULEMENT SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL OU DROGUES OU FIÈVRE..... 4  
 OUI, PEU PLAUSIBLE..... 5

- NON..... (ALLER À H23)..... 1  
 OUI, MAIS PLAUSIBLE..... 3  
 SEULEMENT SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL OU DROGUES OU FIÈVRE..... 4  
 OUI, PEU PLAUSIBLE..... 5

H23 SI AUCUN 5 CODE DANS H18-H22, CODER ADD 1 ET ALLER À H25. AUTREMENT

Vous avez dit avoir eu des expériences telles que (ÉNUMÉRER EXPÉRIENCES CODÉES 5 À H18-H22) MD Avez-vous parlé à un médecin au sujet de l'une ou l'autre de ces expériences. CONTINUER AVEC ADD.

SX = ces expériences

MD : \_\_\_\_\_

AUTRE : \_\_\_\_\_

SI DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SUR LA LIGNE MD, DEMANDER A ET B. AUTREMENT ALLER À H24

A. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à une maladie ou à une condition physique?  
 NON..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD)..... 5

B. Le médecin a-t-il indiqué que (DIAGNOSTIC) était dû à la prise de médicaments, de drogues ou d'alcool?  
 NON..... 1  
 OUI (INSCRIRE SUR LA LIGNE MD)..... 5

H24 REC : Quand avez-vous eu la dernière fois l'une ou l'autre de ces expériences comme (SX CODÉS 5 À H18-H22)?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 MOIS / / ÂGE

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00 ET ALLER À APP. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66 ET INSCRIRE ÂGE AUTREMENT CODER LE MOIS ET ALLER À APP.

APP : Quel âge avez-vous la première fois que vous avez eu l'une ou l'autre de ces expériences?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 ÂGE

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-À-VIS H24 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W.

H25 **SI N'EST PAS EN CROISSANCE, EN H23**  
**EXPERIENCES** 5 **À L'ADD. ALLER À Q1**  
 Nous avons parlé de certaines croyances ou expériences que vous avez eues, telles que (S'IL'ADD À H16 EST CODÉ 5 (page 5), ÉNUMÉRER LES CROYANCES CODÉES 5 DANS H1-H15 ET S'IL'ADD À H23 EST CODÉE 5, ÉNUMÉRER LES EXPERIENCES CODÉES 5 DANS H18-H22) Avez-vous déjà eu une période de 6 mois ou plus où vous avez eu (ces croyances la plupart du temps/une de ces expériences au moins une fois par jour, presque tous les jours) ?

A. Avez-vous déjà eu une période d'un mois ou plus où vous avez eu (ces croyances la plupart du temps/une de ces expériences au moins une fois par jour, presque tous les jours) ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5 (ALLER À H26)

B. Avez-vous déjà eu ces croyances ou ces expériences pendant une période de 6 mois ou plus où vous vous sentiez nerveux(se), agité, incapable de travailler ou de faire vos activités habituelles ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5 (ALLER À H26)

C. Avez-vous déjà eu ces croyances ou ces expériences pendant au moins 2 semaines durant une période d'un mois ou plus où vous vous sentiez nerveux(se), agité, incapable de travailler ou de faire vos activités habituelles ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5 (ALLER À H26)

H26 Après le début de ces croyances ou de ces expériences, avez-vous noté que vous étiez moins capable de faire ce que vous deviez faire au travail, à l'école ou à la maison ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5 (ALLER À H29)

H27 Après le début de ces croyances ou de ces expériences, étiez-vous moins capable de vous faire des amis ou de trouver plaisir dans vos relations sociales ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5 (ALLER À H29)

DÉCLARE N' AVOIR JAMAIS EU D'AMIS ..... 6

H28 Après le début de ces croyances ou de ces expériences, avez-vous traversé une période où vous ne vous laviez plus ou ne laviez plus votre linge ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

**SI N'EST PAS EN H25-H28, ALLER À Q1**

H29 Depuis la première fois que vous avez eu ces croyances ou ces expériences, y a-t-il eu une période d'une année ou plus où vous n'avez pas eu d'expériences ou de croyances du tout et où vous étiez capable de travailler ou de trouver plaisir dans vos relations sociales autant qu'avant ?

NON ..... 5 (ALLER À B)  
 OUI ..... 1

A. Avez-vous eu une telle période alors que vous ne preniez aucun médicament pour vos nerfs ?

NON ..... 5 (ALLER À C)  
 OUI ..... 1 (ALLER À D)

B. Avez-vous déjà connu une période d'au moins six mois comme cela, où vous n'avez pas eu ces croyances ou ces expériences et où vous étiez capable de travailler et de trouver plaisir dans vos relations sociales ?

NON (ALLER À ACT ET CODER 5) ..... 5  
 OUI ..... 2

C. Avez-vous eu une telle période de 6 mois ou plus alors que vous ne preniez aucun médicament pour vos nerfs ?

NON (ALLER À ACT ET CODER 5) ..... 5  
 OUI ..... 3 (ALLER À ACT)

D. Depuis la première fois que vous avez eu ces (croyances / expériences), entre quel âge et quel âge vous n'avez pas eu ces croyances ou ces expériences du tout ?

DEL'ÂGE ..... / ..... À L'ÂGE

E. Y a-t-il eu d'autres années ?

DEL'ÂGE ..... / ..... À L'ÂGE

**SI NON, CODER 00 À DEL'ÂGE**

F. R A-T-IL MENTIONNÉ PLUS DE DEUX RÉMISSIONS ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

**ACT SI "À L'ÂGE" EN D'OU EST À L'INTÉRIEUR DE 2 ANS DEL'ÂGE ACTUEL, CONTINUER AUTREMENT ALLER À H31A**

Au cours de la dernière année, y a-t-il eu une période de 6 mois ou plus où vous étiez redevenu normal, c'est-à-dire, vous n'avez aucune expérience ou croyance, vous ne prenez pas de médicaments pour les prévenir, vous étiez capable de travailler, de prendre soin de vous et de trouver plaisir dans vos relations sociales autant qu'avant ?

NON, PAS BIEN 6 MOIS (ALLER À H30) ..... 5  
 OUI, BIEN POUR PLUS DE 6 MOIS, 1

A. Étiez-vous comme cela tout au long des 12 derniers mois ?

PAS BIEN TOUT LE TEMPS ..... 5  
 OUI, BIEN TOUTE L'ANNÉE (ALLER À H31A) ..... 1

SECTION O

Je vais maintenant vous poser des questions au sujet de votre comportement lorsque vous étiez enfant ou adolescent.

- O1. Avez-vous souvent manqué l'école sans permission? NON.....1 (ALLER À O2).....1  
OUI.....5
- A. Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez manqué l'école? SI NSP: Étiez-vous âgé de 12 ans ou moins? SI OUI, CODER 01 À ÂGE. SI NON, CODER 95. /  
ÂGE
- O2. Êtes-vous souvent rentré le soir beaucoup plus tard que l'heure autorisée par vos parents? NON.....1 (ALLER À O3).....1  
OUI.....5
- A. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à rester tard le soir à l'extérieur sans permission? SI NSP: Étiez-vous âgé de 12 ans ou moins? SI OUI, CODER 01 À ÂGE. SI NON, CODER 95. /  
ÂGE
- O3. Vous êtes vous déjà enfui de la maison et avez-vous couché à l'extérieur au moins une nuit? NON.....1 (ALLER À O4).....1  
OUI.....5
- A. L'avez-vous fait plus d'une fois? NON.....1 MENTIONNE: SEULEMENT  
POUR ÉVITER L'ABUS.....3  
OUI.....5 (ALLER À O4).....5
- B. Êtes-vous retourné vivre à la maison après votre fugue? NON.....5  
OUI.....1
- O4. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, avez-vous utilisé une carte de crédit que vous aviez trouvée ou volée, ou avez-vous déjà imité la signature de quelqu'un d'autre sur un chèque? NON.....1  
OUI.....5 (ALLER À O5).....5
- A. Avez-vous déjà fait du vol à l'étalage, c'est-à-dire, pris des objets de 10 \$ ou plus, dans un magasin, sans les payer? NON.....1  
OUI.....5 (ALLER À O5).....5
- B. Avez-vous souvent pris des choses dans une auto déverrouillée ou qui se trouvaient dans la cour ou sur la galerie de quelqu'un d'autre? NON.....1  
OUI.....5 (ALLER À O5).....5
- C. Avez-vous souvent pris de l'argent ou d'autres choses sans permission dans la sacoche ou le portefeuille de quelqu'un d'autre? NON.....1  
OUI.....5

- H30. Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, de vouloir parler à un médecin ou à un autre professionnel de la santé au sujet de ces croyances ou de ces expériences? NON.....1 (ALLER À H31).....1  
OUI.....5
- A. L'avez-vous fait? NON.....1  
OUI.....5
- H31. Ces croyances ou ces expériences vous ont-elles causé des problèmes auprès de la famille, des amis ou au travail au cours des 12 derniers mois? NON.....1  
OUI.....5 (ALLER À B)
- A. Ces croyances ou ces expériences vous ont-elles déjà causé des problèmes auprès de la famille, des amis, au travail ou dans d'autres situations? NON.....1 (ALLER À H33).....1  
OUI.....5
- B. Ces croyances ou ces expériences vous ont-elles causé des problèmes sérieux auprès de la famille, des amis ou au travail pendant une période d'un mois ou plus? NON.....1  
OUI.....5
- H32
- H33. R.A.T.H. DÉJÀ FIÉ DÉPRESSIF (P34 = 5 OUI P34C = 5 (page 38) OUI MANIAQUE (G15 = 5 OUI G15C = 5 (page 47)?) NI UN NI L'AUTRE (ALLER À O1).....1  
DÉPRESSIF SEULEMENT.....2  
MANIAQUE SEULEMENT.....3  
LES DEUX.....4
- H34. Vous m'avez dit que vous avez eu des périodes où vous (vous sentiez dépressif(ve)/avez perdu tout intérêt/étiez excité(irritable). Avez-vous jamais eu ces croyances ou expériences pendant l'une de ces périodes où vous (vous sentiez dépressif(ve)/avez perdu tout intérêt/étiez excité(irritable)?
- A. Ces croyances ou expériences sont-elles déjà arrivées pendant 2 semaines ou plus alors que vous (ne vous sentiez pas dépressif(ve)/n'avez pas perdu tout intérêt/n'êtes pas excité(irritable)? NON, SEULEMENT LORSQUE  
DÉPRESSIF / EXCITÉ /  
IRRITABLE.....1  
OUI, AUTRES MOMENTS.....5
- B. Avez-vous eu le sentiment de (dépression/perte d'intérêt/d'excitation/d'irritabilité) durant presque tout le temps où vous aviez ces croyances ou ces expériences ou était-ce seulement pendant une courte période? LA PLUPART DU TEMPS.....1  
COURTE PÉRIODE.....5

O5. Êtes-vous déjà entré par effraction dans une auto, une maison, une école ou un magasin? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O6. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, avez-vous déjà pris la sacoche ou le portefeuille de quelqu'un ou l'avez-vous menacé de le frapper s'il ne vous donnait pas son argent, ses bijoux, son veston ou ses souliers? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O7. Avez-vous parfois trompé des personnes ou menti pour qu'elles vous donnent quelque chose ou fassent ce que vous voulez? NON ..... 1  
OUI ..... 5 (ALLER À O8)

O8. A. Vous êtes-vous déjà arrangé pour ne pas faire ce que vous deviez faire, en mentant, ou en embobinant (manipulant) des personnes? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O8. Vous en êtes-vous souvent pris à des enfants plus petits ou les avez-vous menacé ou vous êtes-vous moqué de ceux qui avaient trop peur pour se battre avec vous? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O9. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, avez-vous obtenu les faveurs sexuelles de quelqu'un par la force ou en le menaçant? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O10. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, avez-vous déjà mis le feu dans le but de causer des dommages ou de blesser quelqu'un? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O11. Avez-vous parfois et intentionnellement causé des dommages à la propriété, telle qu'une voiture ou un bâtiment, ou de toute autre façon? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O12. Vous êtes-vous assez souvent retrouvé dans des batailles lorsque vous étiez enfant ou adolescent? NON ..... 1  
OUI ..... 5 (ALLER À O13)

O12. A. Êtes-vous parfois (celui/celle) qui les commençait? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O13. Avez-vous déjà utilisé une arme telle qu'un fusil, un couteau, un bâton, ou une bouteille ou avez-vous menacé quelqu'un avec une arme? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O14. Avez-vous déjà volontairement blessé quelqu'un physiquement, alors que vous ne vous battiez pas? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O15. Avez-vous déjà blessé des animaux intentionnellement pour vous amuser (à part les fois où vous chassez ou que vous essayez de vous débarrasser de bestioles dans votre maison)? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O16. COMBIEN DE 3 SONT CODÉS DE O1-O13? SORTIR AUCUN ..... 1  
1 OU 2 ..... 3  
3 OU PLUS ..... 5

O17. Vous avez-t-il avoir fait un certain nombre de choses lorsque vous étiez jeune (SX CODÉS 5 DE O1-O15). Y a-t-il déjà eu une période dans la même année où vous avez fait 3 de ces choses ou plus? NON ..... 1  
OUI ..... 5

O18. REC : Quelle a été la dernière fois où vous avez fait l'une de ces choses? / / MOIS / / ÂGE

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00 ET ALLER À ACT. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66. INSCRIRE ÂGE, ET ALLER À APP. AUTREMENT CODER LE MOIS ET ALLER À ACT.

SI O16 EST CODÉ 3, ALLER À APP. ACT : Avez-vous fait plusieurs de ces choses dans les 12 derniers mois? (PLUSIEURS = 3 OU PLUS) NON ..... 1  
OUI ..... 5

APP : Quel âge avez-vous la première fois que vous avez fait l'une de ces choses? / / ÂGE

SI ÂGE = INTÉRIEUR À 40, COCHER VIS À VIS O18 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W.

O19. Les choses que vous avez faites comme (SX CODÉS 5 DE O1-O15) vous ont-elles causé des problèmes... LIRE CHAQUE ITEM ET CODER DANS COL. I.

	I COURS VIE		II DERNIÈRE ANNÉE	
	NON	OUI	NON	OUI
a) avec la police? .....	1	5	1	5
b) à l'école ou au travail? .....	1	5	1	5
c) avec vos parents? .....	1	5	1	5
d) avec des gens de votre âge? .....	1	5	1	5
e) SI AUCUN 5 CODÉ DANS COL. I OU SI MOIS REC CODÉ À O18 est 66, ALLER À				

➔ Dans les 12 derniers mois, ces comportements vous ont-ils causé des problèmes (ITEMS CODÉS 5 DANS COL. I) CODER DANS COL. II.

SECTION P

SI RA MOINS DE 18 ANS, PASSER A LA SECTION I.  
ENCERCLER LES NUMEROS A LA SECTION P DE LA FEUILLE DE POINTAGE, TEL QU'INDIQUE.

Les prochaines questions portent sur votre comportement depuis votre quinzième anniversaire de naissance. Certaines questions ressemblent à celles que je vous ai posées jusqu'ici, mais, maintenant, on parlera seulement des dernières années, soit depuis votre quinzième anniversaire.

- P1. Depuis l'âge de 15 ans, vous êtes-vous battu ?  
NON ..... (ALLER À P2) ..... 1  
OUI ..... 5
- A. Avez-vous été parfois celui qui a frappé le premier ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P1A) ..... 5
- P2. Avez-vous parfois utilisé un bâton, un couteau, un fusil, une bouteille ou un bâton de base-ball afin de blesser quelqu'un ?  
NON OU SEULEMENT SI REQUIS PAR L'EMPLOI ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P2 ET ALLER À P3) ..... 5
- A. Avez-vous quelques fois menacé quelqu'un avec l'une ou l'autre de ces armes ?  
NON OU SEULEMENT SI REQUIS PAR L'EMPLOI ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P2A) ..... 5
- P3. SI JAMAIS MARIÉ (CS9 = 5) ET N'A JAMAIS VECU COMME MARIÉ (CS11 = 1 ET CS12=0), ALLER À P4.  
Avez-vous déjà frappé votre (mar/femme/partenaire) plus d'une fois ou lui avez-vous lancé des choses qui auraient pu (le/la) blesser ?  
NON ..... (ALLER À P4) ..... 1  
MENTIONNE SEULEMENT UNE FOIS (ALLER À P4) ..... 2  
OUI ..... 5
- A. Étiez-vous quelques fois celui qui commençait ce genre de querelles ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P3A) ..... 5
- P4. Avez-vous plus d'une fois donné la fessée, frappé ou brassé un enfant assez fortement pour qu'il en ait des marques ou qu'il en ressentie des douleurs le lendemain ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P4) ..... 5
- Je vais maintenant vous poser des questions au sujet de choses que les gens peuvent considérer comme dangereuses pour vous ou pour les autres.
- P5. Depuis le début de l'épidémie du SIDA, avez-vous parfois eu des relations sexuelles non protégées, c'est-à-dire sans condom, avec une personne qui, selon vous, pouvait être infectée par ce virus ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P5) ..... 5
- P6. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec au moins 10 personnes différentes au cours d'une même année ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P6) ..... 5

- P7. Avez-vous déjà possédé ou eu accès à un fusil ?  
NON ..... (ALLER À P8) ..... 1  
OUI ..... 5
- A. Avez-vous, ou quelqu'un d'autre a-t-il, accidentellement atteint une autre personne avec votre fusil ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P7A ET ALLER À P12) ..... 5
- B. Depuis l'âge de 15 ans avez-vous plus d'une fois tiré du fusil dans le but d'effrayer quelqu'un ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P7B ET ALLER À P12) ..... 5
- P8. Alors que vous conduisiez une auto, une motocyclette ou un autre véhicule, avez-vous souvent pris des risques comme d'aller très vite dans les rues d'une ville ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P8 ET ALLER À P12) ..... 5
- JAMAIS CONDUIT (ALLER À P11) 6
- P9. Avez-vous déjà été impliqué en tant que conducteur(trice), dans un accident d'automobile dans lequel quelqu'un a été gravement blessé ou une voiture a été démolie au point de ne plus pouvoir rouler ?  
NON ..... (ALLER À P10) ..... 1  
OUI ..... 5
- A. Cela est-il arrivé plus d'une fois ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P9A) 5
- P10. Avez-vous souvent conduit alors que vous étiez saoul ou parti sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P10 ET ALLER À P12) ..... 5
- P11. Avez-vous parfois laissé un enfant de moins de six ans sans qu'il y ait un adulte ou un adolescent pour s'en occuper ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P11) 5
- P12. Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous déjà volé des choses ou de l'argent, soit en commettant un hold-up ou en rentrant par effraction dans une voiture, une maison ou un immeuble, soit en piquant des choses dans un magasin ou sur un lieu de construction ou en volant d'une quelconque autre manière ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P12) ..... 5
- P13. Avez-vous parfois gagné de l'argent de façon illégale, soit par la vente de choses que vous savez volées, la vente de drogues, la prostitution, la procurement de faux papier, ou d'une quelconque autre manière ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P13 ET ALLER À P16) ..... 5
- P14. Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous parfois détruit ou endommagé, intentionnellement, la maison, la voiture ou un bâtiment de quelqu'un, par exemple en brisant les vitres ou en les vaporisant de peinture ou en y mettant le feu ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P14 ET ALLER À P16) ..... 5
- P15. Avez-vous déjà ennuyé ou effrayé quelqu'un intentionnellement en le/la suivant ou en lui téléphonant ou en vous rendant à son domicile de façon répétitive ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P15) 5
- P16. Je veux maintenant vous interroger sur des moyens que vous auriez pu utiliser dans le but d'abuser ou de tromper quelqu'un. Avez-vous parfois prétendu être malade ou blessé afin de toucher des assurances, des indemnités au travail ou une pension d'invalidité ?  
NON ..... 1  
OUI (ENCERCLER POINTAGE P16 ET ALLER À P20) ..... 5

P17.	Avez-vous parfois utilisé un faux nom pour ne pas être identifié comme celui/celle qui a commis un acte répréhensible ou illégal ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P17 ET ALLER À P20)..... 5
P18.	Avez-vous parfois prétendu posséder un niveau d'éducation ou une expérience de travail que vous n'avez pas ou (SI DÉJÀ MARIÉ : prétendu ne pas être marié alors que vous l'étiez) ou menti au sujet d'autres choses dans le but de faire de l'argent, ou de sortir avec quelqu'un ou d'obtenir quelque chose que vous vouliez ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P18) 5
P19.		
P20.	Avez-vous quitté plus d'un emploi sans donner de préavis ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P20) 5
P21.	SI JAMAIS MARIÉ (CS9=0) ET N'ÊTA JAMAIS VÉCU COMME MARIÉ (CS11=1 ET CS12=0) ALLER À A. Avez-vous déjà quitté votre (mari/femme/partenaire) sans avertissement, peut-être parce que vous vous intéressiez à quelqu'un d'autre ou seulement parce que vous étiez ennuyé ou que vous sentiez que vous aviez perdu votre liberté ?	NON... (ALLER À P22)..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P21 ET ALLER À P23)..... 5
	A. Avez-vous déjà vécu une relation sexuelle intime qui ait duré plusieurs mois ?	NON..... (ALLER À P22)..... 1 OUI..... 5
	B. Avez-vous déjà quitté cette personne sans avertissement ou risqué cette relation parce que vous ne pouviez surmonter votre attirance pour d'autres personnes ?	NON..... (ENCERCLER POINTAGE P21B ET ALLER À P23)..... 1 OUI..... 5
P22.	Avez-vous souvent démenagé d'une maison ou d'un appartement peu de temps après y avoir emménagé, parce que vous aviez changé d'avis ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P22) 5

J'aimerais maintenant vous interroger au sujet de difficultés que vous auriez pu avoir à respecter vos obligations ou à tenir vos promesses.

P23.	Avez-vous eu beaucoup de difficultés reliées à des dettes, comme des reprises de biens ou avoir été poursuivi par des agences de recouvrement ou avoir été incapable de payer votre loyer ?	NON..... 1 MENTIONNE : UNE SEULE FOIS... 2 OUI (ENCERCLER POINTAGE P23) 5
P24.	Depuis la fin de vos études, y a-t-il eu des années où vous n'avez pas travaillé pendant plusieurs mois, alors que vous n'étiez pas trop malade pour le faire, n'étiez pas retraité et ne demeuriez pas à la maison pour vous occuper de membres de la famille ou d'enfants ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P24) 5
P25.	Avez-vous plusieurs fois quitté votre emploi principal sans avoir assez d'économies pour survivre jusqu'au prochain travail ?	NON..... 1 MENTIONNE : UNE SEULE FOIS... 2 OUI (ENCERCLER POINTAGE P25 ET ALLER À P27)..... 5

P26.	Avez-vous parfois omis de payer la pension alimentaire de vos enfants ou tout autre soutien financier que vous aviez convenu de donner ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P26)..... 5
P27.	Êtes-vous souvent arrivé en retard au travail ou avez-vous souvent manqué des journées complètes de travail sans que vous ayez été malade ou retenu ailleurs par une urgence ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P27)..... 5
P28.	Avez-vous parfois emprunté un montant de 20 \$, ou plus, sans le rembourser plus tard ?	NON..... 1 OUI (ENCERCLER POINTAGE P28)..... 5
P29.	COMBIEN DE COUPONNES SUR LA FEUILLE SORTIR DE POINTAGE P ONT UN NUMÉRO EN CERCLÉ SORTIR	0..... 1 1..... 3 2 OU PLUS..... 5
P30.	Y A-T-IL DES ITEMS, AVEC ASTÉRISQUE, EN CERCLÉS SUR LA FEUILLE DE POINTAGE P ?	NON... (ALLER À P33)..... 1 OUI..... 5
P31.	Vous avez dit (ITEMS AVEC ASTÉRISQUE EN CERCLÉS SUR LA FEUILLE DE POINTAGE). Avez-vous regretté avoir fait du mal ou de la peine aux personnes concernées ?	NON..... 5 ELLES N'ONT PAS EU DE MAL OU DE PEINE..... 3 OUI..... 1
	A. Avez-vous pensé que ces personnes méritaient simplement ce qui leur arrivait ?	NON..... 1 OUI..... 5
	B. Avez-vous fait ces choses à quelqu'un qui vous avait fait du tort ou du mal ?	NON..... 1 OUI..... 5
	C. Pensez-vous que si vous n'aviez pas agi comme cela, que l'une ou l'autre de ces personnes vous aurait fait la même chose ou pire ?	NON..... 1 OUI..... 5
	D. Était-ce le genre de personnes qui n'étaient d'aucune importance ou utiles pour vous ?	NON..... 1 CERTAINES..... 3 OUI..... 5
P32.	Y A-T-IL DES ITEMS SANS ASTÉRISQUE EN CERCLÉS SUR LA FEUILLE DE POINTAGE P ?	NON... (ALLER À P34)..... 1 OUI..... 5

P33. Regrettez-vous avoir fait l'une ou l'autre de ces choses dont vous n'avez parlé, tels que (COMPORTEMENTS SANS ASTÉRISQUE ENCERCLES SUR LA FEUILLE DE POINTAGE P1?)

NON ..... (ALLER À P34) ..... 5  
 OUI ..... 1

A. Pourquoi le regrettez-vous ?  
 INSCRIRE LA RAISON ET CODER

DES RAISONS PUREMENT PRATIQUES : P. EX., S'ÊTRE ATTIRÉ DES ENNUIS, DES REPRÉSAILLES ..... 5  
 PAR EMPATHIE : UN AUTRE A SOUFFERT ..... 1  
 MORALITÉ : MAUVAIS, INJUSTE, MAL ..... 2  
 AUTRE ..... 3

B. SUP33A CODÉ 1 OU 2 : Avez-vous tenté de dédommager ou de compenser pour ce que vous aviez fait ?

NON ..... (ALLER À P34) ..... 5  
 OUI ..... 1

SI OUI : Comment ?

P34. REC: Quand avez-vous fait la dernière fois l'une ou l'autre de ces choses, telles que (SX ENCERCLES SUR LA FEUILLE DE POINTAGE)?

/ /  
 MOIS / ÂGE

SI PRÉSENT DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00 ET ALLER À SUBA. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66. ET INSCRIRE L'ÂGE AUTREMENT CODER LE MOIS ET ALLER À SUBA.

SUBA : Avez-vous fait ces choses seulement lorsque vous avez bu ou consommé des drogues ?

NON ..... 1  
 OUI ..... (ALLER À APP) ..... 5

SUBB: Avez-vous parfois fait ces choses lorsque vous aviez bu ou aviez pris des drogues ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

APP : Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fait l'une ou l'autre de ces choses la première fois ?

/ /  
 ÂGE

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-À-VIS P34 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W.

ACT: SI MOIS REC CODÉ 66, ALLER À P36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait plusieurs des choses dont vous n'avez parlé ? Par exemple, au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des choses telles que :

COLONNES CONTENANT UN POSITIF DANS LES 12 DERNIERS MOIS

A B C D E F  
 NON 1 1 1 1 1 1  
 OUI 5 5 5 5 5 5

COMMENCER AVEC LA PREMIÈRE QUESTION ENCERCLEE DANS UNE COLONNE DE LA FEUILLE DE POINTAGE. AU PREMIER " OUI " COCHER CETTE COLONNE 5, ET ALLER À LA COLONNE SUIVANTE. SI UNE COLONNE N'A PAS DE NUMÉRO ENCERCLE OU SI AUCUN DE CEUX ENCERCLES N'A EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, CODER 1, ET ALLER À LA COLONNE SUIVANTE.

P36. SI MOIS REC À P34 EST CODÉ 66, ALLER À A. Le fait de faire l'une ou l'autre de ces choses vous a-t-il causé des difficultés auprès de la famille, des amis ou au travail, au cours des 12 derniers mois?

NON ..... 1  
 OUI ..... (ALLER À B) ..... 5

A. Le fait de faire l'une ou l'autre de ces choses vous a-t-il déjà causé des difficultés auprès de la famille, des amis ou au travail?

NON ..... (ALLER À A) ..... 1  
 OUI ..... 5

B. Le fait de faire l'une ou l'autre de ces choses vous a-t-il causé des difficultés sérieuses auprès de la famille, des amis ou au travail durant une période d'un mois ou plus ?

NON ..... 1  
 OUI ..... 5

SECTION T

- T1. Avez-vous déjà joué, gagé, acheté un billet de loterie ou joué dans les machines à sous ?  
NON... (ALLER À →) ..... 1  
OUI ..... 5
- A. Avez-vous fait cela plus de 5 fois au cours d'une même année?  
NON... (ALLER À →) ..... 1  
OUI ..... 5
- T2. Avez-vous déjà passé beaucoup de temps à penser à des façons d'amasser de l'argent dans le but de pouvoir jouer ?  
NON..... 1  
OUI..... (ALLER À T5)..... 5
- T3. Vous est-il parfois arrivé de penser et de repenser constamment aux fois où vous avez gagné ou perdu au jeu?  
NON..... 1  
OUI..... (ALLER À T5)..... 5
- SX : pensé beaucoup à vos pertes au jeu
- T4. Avez-vous souvent pris beaucoup de temps à planifier vos paris ou à calculer des probabilités au lieu de vous occuper de ce que vous aviez à faire?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : passé beaucoup de temps à planifier les paris
- T5. Avez-vous quelques fois utilisé le jeu comme moyen pour changer d'humeur, par exemple quand vous vous sentiez nerveux(se), triste ou abattu?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : joué pour changer d'humeur
- T6. Avec le temps, avez-vous senti le besoin d'augmenter les montants à parier pour que cela demeure excitant ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- T7. Êtes-vous souvent retourné à l'endroit où vous aviez perdu de l'argent dans le but d'essayer de le regagner?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : retourné à l'endroit où vous aviez perdu de l'argent pour le regagner.
- T8. Avez-vous tenté plus d'une fois d'arrêter ou de diminuer votre jeu sans en être capable ?  
NON..... 1  
OUI..... 5

- T9. Vos tentatives d'arrêter ou de diminuer vous ont-elles rendu nerveux(se) ou irritable ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : senti nerveux(se) ou irritable lorsque vous avez arrêté ou diminué de jouer
- T10. Avez-vous souvent tenté de cacher à votre famille ou à vos amis les montants que vous pariez ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- T10A. SI AUCUN 5 DE T1 A T10, PASSER À →
- T11. Vous êtes-vous déjà procuré de l'argent pour jouer en faisant un chèque sans fond, un faux chèque, en volant, en encassant le chèque de quelqu'un d'autre ou en utilisant une autre façon illégale ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- T12. Votre goût du jeu vous a-t-il déjà causé tant de difficultés financières que vous avez dû recourir aux amis, à la famille ou au bien-être social pour subvenir à vos besoins ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : été en difficulté financière à cause du jeu
- T13. Votre goût du jeu a-t-il déjà mis votre emploi en danger ou vous a-t-il empêché d'obtenir l'emploi que vous voulez ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : eu des problèmes à avoir ou à garder un emploi à cause du jeu
- T14. Votre goût du jeu vous a-t-il déjà causé des problèmes auprès de (votre mari/femme/partenaire) ou d'autres membres de la famille ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- SX : eu des problèmes avec la famille ou les amis à cause du jeu
- T15. COMBIEN Y A-T-IL DE 5 CODES DE T2-T14 ?  
AUCUN ..... 1  
1-4..... 3  
5 OU PLUS ..... 5
- T16. T13 OU T14 EST-IL CODÉ 5 ?  
NON..... (ALLER À T7) ..... 1  
OUI..... 5
- A. Votre goût du jeu vous a-t-il causé des problèmes auprès des amis, de la famille ou au travail au cours des 12 derniers mois ?  
NON..... 1  
OUI..... 5
- B. Votre goût du jeu vous a-t-il déjà causé des problèmes sérieux auprès de la famille, des amis ou au travail durant une période d'un mois ou plus ?  
NON..... 1  
OUI..... 5

5 - CONSOMMATION D'ALCOOL

T17. R1C: Quand avez-vous la dernière fois (ITEMS CODÉS 5 DE T2-114)?

MOIS / / ÂGE

SI PRÉSENT DANS LE DERNIER MOIS, CODER MOIS = 00. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MOIS = 66 ET INSCRIRE L'ÂGE. AUTREMENT, CODER LE MOIS

APP: Quel âge avez-vous la première fois que votre goût du jeu vous a causé l'un de ces problèmes ?

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-A-VIS T17 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W

ACT: SI L'ITEMS N'EST PAS CODÉ 5 OU MOIS RECÉST CODÉ 66, ALLER À T19

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu la plupart de ces problèmes tels que (ITEMS CODÉS 5 EN T2-114)?

NON.....1

OUI.....5

T19. Avez-vous déjà fréquenté une association de joueurs anonymes ?

NON.....1

OUI.....5

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER À
	LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL		
	ATTENTION: LA BIÈRE 0,5% N'EST PAS CONSIDÉRÉE COMME DE L'ALCOOL		
ALC1	Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?	Oui.....1 Non.....2	→
ALC2	Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?	Oui.....1 Non.....2	ALC12
ALC4	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées? En avez-vous bu... ...chaque jour?.....1 ...de 4 à 6 fois par semaine?.....2 ...de 2 à 3 fois par semaine?.....3 ...une fois par semaine?.....4 ...une ou deux fois par mois?.....5 ...moins d'une fois par mois?.....6		
	1 CONSOMMATION: 1 PETIT BOUT DE BIÈRE (12 ONCES OU 360 ml) 1 PETIT VERRE DE VIN (4-5 ONCES OU 120-150 ml) 1 PETIT VERRE DE LIQUEUR FORTE OU DE SPIRITUEUX (1-1,1-1,2 ONCES AVEC OU SANS MÉLANGE)		
	2 CONSOMMATIONS: 1 GROSSE BOUTEILLE DE BIÈRE 1 VERRE D'OUÏLE DE BOISSON FORTE 1 COUP ACCOMPAGNÉ D'UNE BIÈRE (« BEER CHASER »)		
	ATTENTION: LA BIÈRE 0,5% N'EST PAS CONSIDÉRÉE COMME DE L'ALCOOL		
ALC6	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris HUIT consommations ou plus à une même occasion? (96 = TROP POUR LES COMPTER OU 96 FOIS ET PLUS)		fois _____

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER À
ALC8	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous enivré, bu avec excès, paqueté, soûlé, pris une bresse? (36. TROU POUR LES COMPTER OU 36 FOIS ET PLUS)	_____ fois	
ALC10	Avez-vous consommé de l'alcool au cours des SEPT derniers jours?	Oui.....1 Non.....2	
ALC12	Avez-vous déjà bu des substances impropres à la consommation telles que de l'alcool à friction, de l'eau de cologne, en remplacement de boissons alcoolisées habituelles?	Non.....1 Oui.....2	AL1
ALC13	Quelles sont les substances que vous avez déjà consommées?	Alcool à friction.....1 Aqua Velva.....2 Autre (PRÉCISER): _____ _____	
AL1	Avez-vous déjà été critiqué par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool?	OUI.....1 NON.....2	
AL2	Avez-vous déjà pensé que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool?	OUI.....1 NON.....(PASSER À AL3).....2	
AL2A	Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool?	OUI.....1 NON.....(PASSER À AL3).....2	
AL2B	Avez-vous réussi à diminuer?	OUI.....1 NON.....2	
AL3	Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aïse ou coupable à cause de votre consommation d'alcool?	OUI.....1 NON.....2	
AL4	Avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une «gueule de bois»?	OUI.....1 NON.....2	

SI RÉPONSES NÉGATIVES, AUX QUESTIONS AL1,  
AL2, AL3 ET AL4, PASSER À ➔

AL5	Avez-vous déjà continué de boire alors que votre consommation d'alcool vous causait des problèmes avec des personnes de votre famille ou vos amis ou avec des personnes au travail ou à l'école?	OUI.....(PASSER À AL7).....1 NON.....2
AL6	Avez-vous déjà continué de boire tout en sachant que la consommation d'alcool vous amenait à vous bagarrer?	OUI.....1 NON.....2
AL7	Avez-vous déjà été sous l'influence de l'alcool dans des circonstances où vous auriez pu causer un accident ou vous blesser, par exemple lorsque vous étiez à vélo, conduisiez, faisiez fonctionner une machine ou n'importe quoi d'autre?	OUI.....1 NON.....2
AL8	Le fait d'être sous l'effet de l'alcool ou d'avoir la gueule de bois le lendemain, vous a-t-il souvent fait négliger vos responsabilités, que ce soit à la maison ou avec les enfants, au travail ou à l'école?	OUI.....1 NON.....2
AL9	Est-ce que, plus d'une fois, votre consommation a fait que vous avez été arrêté pour avoir troublé la paix ou avoir conduit en état d'ébriété?	OUI.....1 NON.....2
SI AUCUN OUI N'EST CODÉ DE AL5 À AL9, PASSER À AL11.		
AL10	Au cours de votre vie, y a-t-il déjà eu une période de 12 mois où l'un ou l'autre de ces problèmes liés à la consommation d'alcool est survenu plus d'une fois?	OUI.....1 NON.....2
AL11	Avez-vous déjà constaté que vous aviez développé une tolérance à l'alcool, c'est-à-dire, que vous deviez consommer beaucoup plus pour ressentir un effet, ou que vous n'arriviez plus à vous enivrer avec la quantité que vous consommiez habituellement?	OUI.....1 NON.....2
AL12	Il arrive souvent que des personnes aient des symptômes de sevrage lorsqu'elles cessent de boire ou qu'elles réduisent leur consommation d'alcool comme des tremblements, une incapacité à dormir, le sentiment d'être anxieux ou déprimé, de la transpiration, une accélération du rythme cardiaque, le délirium tremens (voir ou entendre des choses qui n'existent pas réellement). Avez-vous déjà eu des symptômes de sevrage de ce genre?	OUI.....(PASSER À AL14).....1 NON.....2

AL13 LA QUESTION A 4 EST-ELLE CODÉE ? pas de l'alcool en se levant le matin pour calmer ses nerfs ou se débarrasser d'une sensation de boisé

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL14 Vous est-il arrivé à plusieurs reprises de boire beaucoup plus d'alcool que vous auriez voulu en une seule journée, ou encore, vous est-il arrivé de continuer à boire pendant plus de jours consécutifs que vous auriez voulu?

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL15 Vous êtes-vous déjà imposé des règles (comme de ne pas boire avant 5 heures ou de ne jamais boire seul) parce que vous aviez de la difficulté à contrôler la quantité d'alcool que vous consommiez?

OUI ..... (PASSER À AL17) ..... 1  
NON ..... 2

AL16 LA QUESTION A 2B EST-ELLE CODÉE ? Pas réussi à diminuer votre consommation d'alcool

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL17 Avez-vous déjà vécu une période où vous passiez tellement de temps à boire ou à vous remettre des effets de la boisson que vous aviez peu de temps pour faire autre chose?

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL18 Avez-vous déjà abandonné des activités importantes ou réduit de beaucoup le temps que vous y consacriez, des activités comme faire du sport, travailler ou fréquenter des amis ou votre parenté parce que vous vouliez boire?

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL19 Avez-vous déjà continué de boire tout en sachant que votre consommation d'alcool entraînait ou aggravait chez vous un problème de santé?

OUI (PASSER À LA NOTE PRÉCÉDENT AL21) ..... 1  
NON ..... 2

AL20 Avez-vous déjà continué de boire tout en sachant que votre consommation d'alcool entraînait chez vous des problèmes psychologiques ou émotionnels?

OUI ..... 1  
NON ..... 2

SI AUCUN 'OUI' DE AL1 À AL20, PASSER À ➔  
SI MOINS DE TROIS 'OUI' DE AL11 À AL20, PASSER À AL22, SINON ALLER À AL21

AL21 Y a-t-il eu une période de 12 mois dans votre vie où vous avez eu au moins trois des problèmes que nous venons de mentionner (ÉNUMÉRER LES PROBLÈMES CODÉS OUI AUX QS AL11-AL20)

OUI ..... 1  
NON ..... 2

AL22 Vous n'avez dit que vous avez eu (ÉNUMÉRER LES PROBLÈMES CODÉS OUI AUX QS AL1-AL20). Quand avez-vous eu l'un de ces problèmes pour la première fois?

/ MO /

/

/

ÂGE

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-À-VIS AL22 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W

AL23 Quand avez-vous eu l'un de ces problèmes pour la dernière fois?

/ MO /

/

/

ÂGE

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MO=00. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MO=66 ET ENSCRIRE L'ÂGE. AUTREMENT, ENCRIRE LE MOIS

6- **CONSOMMATION DE DROGUES** - J'AIMERAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES ET DE MEDICAMENTS.

A) DRO1 - Avez-vous fait usage plus de **5 fois dans votre vie** de l'une des drogues que je vais vous mentionner, pour vous sentir bien, pour être 'high' ou en état d'euphorie, pour obtenir un effet psychologique quelconque, ou encore en plus grande quantité ou pendant une période plus longue que prescrite par votre médecin? (MONTRER LA CARTE 4) Avez-vous pris plus de **5 fois dans votre vie**...

POUR CHACUNE DES CATEGORIES CODEES 3 DANS LA COLONNE A, DEMANDER:

B) DRO2 - Quel âge aviez-vous la **première fois** que vous avez utilisé \_\_\_\_\_ ?

C) DRO3 - Sur la carte, vous avez une liste décrivant les différents modes de consommation de drogues ou de médicaments. De quelles façons avez-vous consommé \_\_\_\_\_ ? En l'avalant sous forme de pilules ou de nourriture, en (la/le) fumant, (la/le) respirant (ou «sniffant»), ou en vous l'injectant? Y a-t-il d'autres modes que vous avez utilisé? (COCHER PLUSIEURS RÉPONSES SI NÉCESSAIRE)

D) DRO4 - Quand avez-vous utilisé de \_\_\_\_\_ la **dernière fois**?

SI PLUS DE 12 MOIS, CODER 66

SI CONSOMMÉ DANS LE MOIS ACTUEL, CODER 0, ET PASSER À L'AUTRE DROGUE CONSOMMÉE.

AUTRES, CODER LE MOIS ET PASSER À L'AUTRE DROGUE

Types de drogues	DRO1		DRO2 Age	DRO3					DRO4 Mois
	Non	Oui		Oral	Fumé	Respiré	IV	Autre	
Marijuana, haschisch, pot, grass.....	1	5		1	2	3	4	5	
Stimulants : Amphétamines.....	1	5		1	2	3	4	5	
Sédatifs ou tranquillisants : somnifères, barbituriques, Valium, Librium, Xanax, Ativan, Rivotril, Serax.....	1	5		1	2	3	4	5	
Cocaïne, crack, free base.....	1	5		1	2	3	4	5	
Opiacés: héroïne, codéine, morphine, méthadone, opium, Demérol.....	1	5		1	2	3	4	5	
PCP.....	1	5		1	2	3	4	5	
Hallucinogènes: LSD, mescaline, Ecstasy, DMT, champignons.....	1	5		1	2	3	4	5	
Inhalants: colle, toluène, essence, peinture.....	1	5		1	2	3	4	5	
Autres drogues: Oxyde nitreux, nitrite d'amyle, Kénadrin, Bénadryl, Atarax, Graval, Ventolin, Ajax (SI AUTRE, PRÉCISER).....	1	5		1	2	3	4	5	

SI NON À TOUTES LES DROGUES, PASSER À →

- DR1A Votre consommation de drogues ou de médicaments vous a-t-elle parfois empêché de prendre soin de vos enfants, ou d'effectuer des tâches ménagères? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR1B Votre consommation de drogues ou de médicaments a-t-elle parfois occasionné des absences au travail, la perte d'une augmentation salariale ou d'une promotion, ou encore un licenciement? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR1C Votre consommation de drogues ou de médicaments a-t-elle déjà occasionné des absences à l'école, des devoirs ou des examens mal réussis, ou encore la suspension ou l'expulsion de l'école? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- SI DR1A, DR1B ET DR1C SONT TOUTES CODÉES «NON», PASSER À DR2**
- DR1D Au cours de votre vie, y a-t-il eu une période de 12 mois où ce type de problèmes est survenu plusieurs fois? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR2 Vous est-il déjà arrivé de vous retrouver dans une situation où le fait d'être sous l'effet d'une drogue, augmentait le risque de vous blesser? (Par exemple, au volant d'une voiture ou d'un bateau, en manipulant des conteneurs ou des armes à feu, en faisant fonctionner une machine quelconque, en traversant la rue en pleine circulation, en faisant de l'aérobic ou de la natation) OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR2A Cela vous est-il arrivé plusieurs fois dans une même année? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR3 Avez-vous déjà été interpellé, arrêté ou emmené par la police à un centre de « désintox » ou à une salle d'urgence à cause du comportement que vous aviez après avoir consommé de la drogue? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR4 Avez-vous déjà été interpellé par la police plus d'une fois au cours de la même année à cause de votre consommation de drogues (pas seulement pour vente ou possession)? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR4A Votre consommation de drogues ou de médicaments vous a-t-elle causé des problèmes par rapport aux autres - comme des membres de votre famille ou des amis? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR4B Avez-vous déjà été impliqué dans des bagarres lorsque vous consommez de la drogue ou des médicaments? OUI ..... 1  
NON ..... 2

**SI DR4A ET DR4B SONT CODÉES «NON», PASSER À DR5**

- DR4C Ces problèmes (DR4 A OU B) sont-ils arrivés plus d'une fois dans une même année? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR4D Avez-vous continué d'utiliser ces drogues ou ces médicaments tout en sachant que cela vous causait ces problèmes (DR4 A OU B)? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR5 Avez-vous déjà constaté que vous deviez prendre de la drogue ou des médicaments en quantité beaucoup plus grande pour ressentir le même effet? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR6 Avez-vous déjà eu des symptômes de sevrage ou vous êtes-vous déjà senti malade parce que vous aviez cessé de prendre l'une de ces drogues ou réduit la quantité consommée? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR7 Vous est-il arrivé à plusieurs reprises de prendre de la drogue pour faire disparaître les symptômes de sevrage ou encore pour ne pas en avoir? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR8 Vous est-il souvent arrivé de prendre beaucoup plus de drogues que vous auriez voulu, ou encore, d'en prendre pendant plus de journées d'affilées que vous ne l'auriez voulu? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR9A Vous êtes-vous déjà senti dépendant à l'égard d'une drogue ou avez-vous déjà constaté que vous ne pouviez vous empêcher d'en prendre? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR9B Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'une drogue et découvrez que vous en étiez incapable? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- DR10 Avez-vous déjà connu une période où vous passiez une grande partie de votre temps à prendre de la drogue, à vous en procurer, ou à vous remettre de ses effets? OUI ..... 1  
NON ..... 2
- SI AUCUN « OUI » DE DR5 À DR10, PASSER AUX DIRECTIVES PRÉCÉDENTES DR13**
- DR11 Avez-vous déjà abandonné des activités importantes ou réduit de beaucoup le temps que vous y consacriez pour prendre de la drogue, des activités comme faire du sport, travailler, fréquenter des amis ou votre parenté? OUI ..... 1  
NON ..... 2

DR12 A Avez-vous repris plus d'une fois de la drogue tout en sachant que cela vous causait des problèmes de santé? OUI.....(PASSER À DR13) ..... 1  
NON ..... 2

DR12 B Avez-vous repris plus d'une fois de la drogue tout en sachant que cela vous causait des problèmes émotionnels comme ressentir de l'indifférence, se sentir déprimé, méchant ou avoir des idées bizarres? OUI..... 1  
NON ..... 2

SI AUCUN « OUI » DE DR1A-DR12B, PASSER À DR13  
SI MOINS DE 3 « OUI » DE DR5 À DR12B, PASSER À DR14

DR13 Vous avez mentionné que (SX CODÉS OUI DE DR5-DR12B). Est-ce qu'au moins trois de ces choses sont arrivés à peu près en même temps - c'est-à-dire au cours d'une même période de 12 mois? OUI..... 1  
NON ..... 2

DR14 Vous m'avez dit que vous avez eu (ÉNUMÉRER LES PROBLÈMES CODÉS OUI AUX QS DR1-DR12B). Quel âge avez-vous la première fois que (cette chose/l'une de ces choses) est arrivée à cause de votre consommation de drogues? / /  
MO / ÂGE

SI ÂGE = INFÉRIEUR À 40, COCHER VIS-À-VIS DR 14 DANS LA COLONNE APPROPRIÉE DE LA FEUILLE DE POINTAGE W.

DR15 Quand la consommation de drogues ou de médicaments vous a-t-elle causé (ce problème/l'un de ces problèmes) la dernière fois? / /  
MO / ÂGE

SI DANS LE DERNIER MOIS, CODER MO=00. SI PAS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, CODER MO=66 ET INSCRIRE L'ÂGE. AUTREMENT, INSCRIRE LE MOIS

SP79 Étiez-vous sans domicile fixe au moment où vous avez été admis(e) lors de cette dernière hospitalisation? Oui.....1 Non.....2 **SP83**

SP80 Avez-vous un domicile fixe au moment où vous êtes sorti de l'hôpital? Oui.....1 Non.....2

SP83 Où avez-vous dormi la nuit qui a suivi votre sortie de l'hôpital? Dans son logement.....1 Dehors.....2 Dans un refuge, mission.....3 Chez un membre de la famille.....4 Chez un ami, connaissance.....5 Autre (PRÉCISER):.....

SP84 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous retrouvé à l'urgence d'un hôpital pour un problème de santé physique? Oui.....1 Non.....2 **US1**

SP84A Combien de fois est-ce arrivé? \_\_\_\_\_ fois

SP84B Comment s'est terminée (celle / la dernière) visite à l'urgence? J'ai été hospitalisé.....1 J'ai vu un médecin et il m'a donné mon congé.....2 J'ai quitté avant d'avoir vu le médecin.....3 Autre (PRÉCISER):.....

LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR DIFFÉRENTS TYPES DE SERVICES OU AIDE QUE VOUS POUVEZ AVOIR REÇUS DANS LE PASSÉ OU QUE VOUS RECEVEZ PRÉSENTEMENT POUR DES PROBLÈMES ÉMOTIONNELS OU NERVEUX.

**Hospitalisation**

US1 Avez-vous déjà été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux? Non.....1 Oui.....2 **US21**

US2 Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux? \_\_\_\_\_ ans

US3 Combien de temps a duré cette hospitalisation? \_\_\_\_\_ semaines (SI MOINS DE 7 JOURS, COCHER 0)

# **QUESTION** **CODIFICATION** **PASSER À**

US4 Au cours de votre vie, combien de fois avez-vous été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux? \_\_\_\_\_ fois

(SI UNE FOIS SEULEMENT PASSER À US9)

US5 Combien de temps a duré la plus longue hospitalisation que vous avez eue pour des problèmes émotionnels ou nerveux? \_\_\_\_\_ semaines (SI MOINS DE 7 JOURS, INSCRIRE 0)

US6 EST-CE QUE LA PLUS LONGUE HOSPITALISATION CORRESPOND À LA PREMIÈRE HOSPITALISATION? NON.....1 OUI.....2 **US8**

US7 Quel âge aviez-vous au début de cette hospitalisation la plus longue? \_\_\_\_\_ ans

US8 Quand avez-vous été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou nerveux la dernière fois? Moins de 2 semaines.....1 2 semaines à moins d'un mois.....2 1 mois à moins de 6 mois.....3 6 mois à moins de 12 mois.....4 12 mois à moins de 2 ans.....5 2 ans à moins de 5 ans.....6 5 ans et plus.....7

MAINTENANT, J'AIMERAIS SAVOIR COMMENT S'EST PASSÉ VOTRE ADMISSION LORS DE CETTE (DERNIÈRE) HOSPITALISATION.

US9 Êtiez-vous d'accord avec cette hospitalisation? Non.....1 Oui.....2

(SI OUI, IRI SUR A DÉJÀ ÊTÉ SDF DEMANDER US12 SI NON, PASSER À US15)

US12 Êtiez-vous sans domicile fixe au moment de l'admission? Non.....1 Oui.....2

MAINTENANT, J'AIMERAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SÉJOUR QUE VOUS AVEZ FAIT À L'HÔPITAL À CE MOMENT LÀ.

- US15 Étiez-vous d'accord avec le traitement qui vous était proposé? Oui, la plupart du temps ..... 1  
Des fois oui, des fois non ..... 2  
Non, la plupart du temps ..... 3
- US16 Avez-vous signé un refus de traitement? Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US17 Avez-vous quitté l'hôpital avant la fin du traitement (avant que le médecin ait signé le compte)? Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US18 Est-ce que vous considérez que cette hospitalisation vous a été utile? Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US20 Où avez-vous dormi la nuit qui a suivi votre sortie de l'hôpital? Dans son logement ..... 1  
Dehors ..... 2  
Dans un refuge, mission ..... 3  
Chez un membre de la famille ..... 4  
Chez un ami, connaissance ..... 5  
Autre (PRÉCISER):
- US21 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous retrouvé à l'urgence d'un hôpital à cause de problèmes émotionnels ou nerveux? (CELA RECÈTE LES VISITES À L'URGENCE QUI SE SONT TERMINÉES PAR UNE HOSPITALISATION) Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US22 Combien de fois cela vous est-il arrivé?  fois
- US23 Comment s'est terminée (cette / la dernière de ces) visite(s) à l'urgence? J'ai été hospitalisé ..... 1  
J'ai vu un médecin et il m'a donné mon congé ..... 2  
J'ai quitté avant d'avoir vu le médecin ..... 3  
Autre (PRÉCISER):

Autres services psychiatriques

MAINTENANT, JE VAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR D'AUTRES TYPES DE TRAITEMENT QUE VOUS POUVEZ AVOIR REÇUS POUR DES PROBLÈMES ÉMOTIONNELS OU NERVEUX.

- US24 Au cours de votre vie avez-vous pris des médicaments pour les nerfs (par ex. : Rivotril, Alivan, Halcion, Sérax, Xanax, Ritalin, antidépresseurs, etc.)? Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US24A Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez pris des médicaments pour les nerfs? \_\_\_\_\_ ans
- US24C Quand avez-vous pris des médicaments pour les nerfs la dernière fois? Moins de 2 semaines ..... 1  
2 semaines à moins d'un mois ..... 2  
1 mois à moins de 6 mois ..... 3  
6 mois à moins de 12 mois ..... 4  
12 mois à moins de 2 ans ..... 5  
2 ans à moins de 5 ans ..... 6  
5 ans et plus ..... 7
- US24D Les médicaments pour les nerfs que vous avez pris au cours des 12 derniers mois étaient-ils prescrits par un médecin? Non ..... 1  
Oui ..... 2
- US24E Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris les médicaments pour les nerfs tel que prescrit? Toujours ..... 1  
Assez souvent ..... 2  
Parfois ..... 3  
Jamais ..... 4
- US24F Suite à la prise de médicaments pour les nerfs, avez-vous eu des effets secondaires...? Aucun ..... 1  
Légers ..... 2  
Assez graves ..... 3  
Très graves ..... 4
- US24G Avez-vous l'impression que vos médicaments pour les nerfs vous aident à contrôler vos symptômes...? Pas du tout ..... 1  
Un peu ..... 2  
Moymnement ..... 3  
Beaucoup ..... 4  
Éliminaient tous les symptômes ..... 5

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER À
US24H	Comment vous sentez-vous face au fait de prendre des médicaments pour les nerfs...	...Pas du tout satisfait ..... 1 ...Un peu satisfait ..... 2 ...Ni satisfait, ni insatisfait ..... 3 ...Assez satisfait ..... 4 ...Très satisfait ..... 5	
	<b>PASSER À US25</b>		
US24J	Vous avez dit ne pas avoir pris de médicament pour les nerfs au cours de votre vie / des 12 derniers mois, mais il se peut qu'un médecin vous en ait prescrit. Est-ce qu'un médecin vous a prescrit des médicaments pour les nerfs au cours des 12 derniers mois?	Non ..... 1 Oui ..... 2	US25
US24K	On vous a prescrit des médicaments pour les nerfs au cours des 12 derniers mois et vous dites ne pas en avoir pris. Quelles sont, parmi les suivantes, les raisons pour lesquelles vous n'avez pas pris ces médicaments...	...Ils vous donnaient des effets secondaires (tremblements, bouche sèche, vue embrouillée, etc.) ..... 1 ...Ils ne sont pas efficaces pour contrôler vos symptômes ..... 2 ... Vous n'aimez pas prendre des médicaments ..... 3 ... Vous n'avez pas assez d'argent pour les payer ..... 4 Autre (PRÉCISER): _____ _____ _____ _____	
US25	At cours de votre vie avez-vous suivi une psychothérapie pour des problèmes émotionnels ou nerveux (i.e. une thérapie sur une base régulière avec un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un autre type de professionnel)? (NE PAS INCLURE THÉRAPIE POUR ALCOL/DROGUE)	Non ..... 1 Oui ..... 2	US26 Tableau colonne US25

#	QUESTION	CODIFICATION	PASSER À
US26	Au cours de votre vie avez-vous profité d'un programme de traitement de jour pour des problèmes émotionnels ou nerveux (i.e. un endroit où vous alliez durant le jour sur une base régulière pour une thérapie ou un traitement comme un hôpital de jour ou un club psychosocial)?	Non ..... 1 Oui ..... 2	US27 Tableau colonne US26
US27	Au cours de votre vie avez-vous profité d'un programme résidentiel pour des problèmes émotionnels ou nerveux (i.e. un endroit pour habiter qui vous a été fourni par un programme en santé mentale tel qu'un appartement supervisé, une famille d'accueil, un pavillon, un foyer de groupe ou un centre d'accueil)?	Non ..... 1 Oui ..... 2	US28 Tableau colonne US27

	US25 Psychothérapie	US26 Programme de traitement de jour	US27 Programme résidentiel
A) Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez (suivi une / profité d'un) _____ pour des problèmes émotionnels ou nerveux?	_____ ans	_____ ans	_____ ans
B) Quand la dernière fois (suiviez-vous une / étiez-vous dans un) _____ pour des problèmes émotionnels ou nerveux?	Moins de 2 semaines ..... 1 2 semaines à moins d'un mois..2 1 mois à moins de 6 mois.....3 6 mois à moins de 12 mois.....4 12 mois à moins de 2 ans.....5 2 ans à moins de 5 ans.....6 Plus de 5 ans.....7	Moins de 2 semaines ..... 1 2 semaines à moins d'un mois . 2 1 mois à moins de 6 mois ..... 3 6 mois à moins de 12 mois ..... 4 12 mois à moins de 2 ans ..... 5 2 ans à moins de 5 ans ..... 6 Plus de 5 ans..... 7	Moins de 2 semaines ..... 1 2 semaines à moins d'un mois..2 1 mois à moins de 6 mois.....3 6 mois à moins de 12 mois.....4 12 mois à moins de 2 ans.....5 2 ans à moins de 5 ans ..... 6 Plus de 5 ans ..... 7
C) Est-ce que cela vous a été utile?	Non ..... 1 Oui..... 2 Oui et non..... 3	Non ..... 1 Oui..... 2 Oui et non..... 3	Non ..... 1 Oui..... 2 Oui et non ..... 3

US28 Maintenant, je vais vous poser des questions sur les gens à qui vous avez pu demander de l'aide pour des problèmes émotionnels ou nerveux. Avez-vous déjà consulté un des professionnels suivants...

... Pasteur, prêtre, rabbin ..... 1  
 ... Médecin généraliste ..... 1  
 ... Psychiatre ..... 1  
 ... Cardiologue, dermatologue ou autre spécialiste de la santé ..... 1  
 ... Psychologue ..... 1  
 ... Travailleur social / conseiller ..... 1  
 ... Infirmière, ergothérapeute, autre professionnel de la santé ..... 1  
 ... Spiritueliste, herboriste, naturaliste, guérisseur ..... 1  
 Autre (PRÉCISER): \_\_\_\_\_

SI NON À TOUTES LES CATEGORIES, PASSER À US30.

US29 Recevez-vous toujours l'aide d'un professionnel ?

Non ..... 1  
 Oui ..... 2

LES PROCHAINES QUESTIONS VISENT À CONNAÎTRE LES RAISONS POUR LESQUELLES CERTAINES PERSONNES QUI AURAIENT BESOIN DE SERVICES NE LES REÇOIVENT PAS.

US30 Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des problèmes émotionnels ou nerveux pour lesquels vous pensiez avoir besoin de certains soins ou services mais pour lesquels vous n'en avez pas eus ?

Non ..... 1  
 Oui ..... 2

US31 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas eu de soins ou de services ?

PASSEZ  
 Y en a-t-il d'autres ?

Je pensais que le problème se réglerait de lui-même ..... 1  
 Je voulais régler le problème moi-même ..... 2  
 Le problème s'est réglé tout seul ..... 3  
 C'était trop cher ..... 4  
 C'était trop loin ou j'avais des problèmes de transport ..... 5  
 Cela prenait trop de temps ou cela n'était pas pratique ..... 6  
 Je ne savais pas où m'adresser ..... 7  
 Je ne pouvais pas avoir de rendez-vous ..... 8  
 J'avais peur d'être hospitalisé contre mon gré ..... 9  
 Je me préoccupais de ce que les autres pouvaient penser ..... 10  
 Des personnes de mon entourage m'ont découragé ou découragé de chercher certains soins et services ..... 11  
 J'ai essayé d'avoir des soins et des services mais ils m'ont été refusés ..... 12  
 Autre (PRÉCISER): \_\_\_\_\_