

Recherche quantitative originale

Étude descriptive des liens entre les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances et l'itinérance au Canada

Rebecca Plouffe, M.S.P. (1,*); Rochelle White, M.S.P. (2,*); Heather Orpana, Ph. D. (1,3); Vera Grywacheski, M.S.P. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Résumé

Introduction. L'objectif de cette analyse est de décrire les caractéristiques démographiques du patient, le contexte, les caractéristiques et les conséquences de l'intoxication liée à la consommation de substances ainsi que les troubles de santé mentale consignés chez les personnes ayant un logement et chez celles en situation d'itinérance.

Méthodologie. Les données sur l'hospitalisation au Canada (à l'exclusion du Québec) du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à l'aide des codes de la CIM-10-CA pour jusqu'à 25 diagnostics d'intoxication liée à la consommation de substances, l'itinérance et d'autres caractéristiques ayant trait à l'hospitalisation du patient. À l'aide du test du khi carré, de tests *t* et de la méthode exacte de Fisher, nous avons comparé les caractéristiques des personnes en situation d'itinérance à celles des personnes ayant un logement ainsi que les caractéristiques de leur hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances.

Résultats. La proportion d'hommes, de jeunes et de personnes ayant des troubles de santé mentale consignés était plus forte chez les personnes en situation d'itinérance hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances que chez leurs homologues ayant un logement. Les intoxications liées à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance étaient plus susceptibles d'être accidentelles, d'être causées par des opioïdes et des stimulants (le plus souvent le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne), d'entraîner une hospitalisation plus longue et de se conclure par un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin.

Conclusion. Ces résultats sont utilisables pour renforcer les stratégies et les interventions visant à réduire les méfaits liés à la consommation de substances dans les populations prioritaires, en particulier les personnes en situation d'itinérance.

Mots-clés : *opioïdes, surdose, fentanyl, logement, trouble de santé mentale, hospitalisation*

Introduction

Le Canada est toujours aux prises avec une crise de surdoses, et la morbidité et la mortalité liées à la consommation de substances ont augmenté considérablement

depuis 2016¹. Entre janvier 2016 et décembre 2020, il y a eu 24 671 hospitalisations pour intoxication aux opioïdes et 11 176 hospitalisations pour intoxication aux stimulants au Canada (à l'exclusion du Québec)¹. Bien que la plupart des régions du pays

[Article de recherche](#) par Plouffe R et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Points saillants

- Les personnes sans abri étaient largement surreprésentées parmi les personnes hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances.
- Au cours de l'année financière 2019-2020, les personnes en situation d'itinérance qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances ont passé, en moyenne, environ quatre jours de plus à l'hôpital que les personnes ayant un logement.
- Près du quart (23 %) des hospitalisations de personnes en situation d'itinérance se sont conclues par le départ du patient contre l'avis du médecin, comparativement à 8 % des hospitalisations de personnes ayant un logement.
- Il serait important d'effectuer des études pour aider les hôpitaux à trouver des façons de retenir et de traiter cette population à risque.
- La recherche peut également être utile pour d'autres activités de prévention et de réduction des méfaits.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Analyse du dépistage du cancer, Instituts cliniques et programmes de qualité, Santé Ontario, Toronto (Ontario), Canada

3. École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

* Coauteurs principales.

Correspondance : Rebecca Plouffe, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 437-326-9306; courriel : rebecca.plouffe@phac-aspc.gc.ca

aient été touchées, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario connaissent toujours le plus grand nombre d'hospitalisations pour intoxication aux opioïdes et aux stimulants¹. Certaines sous-populations semblent être touchées de façon disproportionnée par la crise des surdoses, notamment les personnes en situation d'itinérance ou d'insécurité en matière de logement².

Le taux de consommation de substances est disproportionnellement élevé chez les personnes en situation d'itinérance, et celles-ci présentent un risque plus élevé de méfaits liés à la consommation de substances par rapport aux personnes ayant un logement³⁻⁷. Les personnes sans abri sont également plus susceptibles que les personnes ayant un logement de recevoir un diagnostic de trouble de santé mentale, de rester hospitalisées plus longtemps et d'être réadmisées dans les 30 jours suivant leur sortie⁴⁻⁹.

En moyenne, au moins 235 000 personnes chaque année, et au moins 35 000 chaque nuit, sont en situation d'itinérance au Canada². À l'échelle du pays, 50 000 personnes de plus pourraient être en situation d'itinérance cachée chaque nuit, c'est-à-dire qu'elles séjournent temporairement chez des amis, des parents ou d'autres personnes parce qu'elles n'ont aucune autre option de logement et aucune perspective immédiate de logement permanent². Le nombre de personnes en situation d'itinérance au Canada est très difficile à estimer, mais on pense qu'il est en hausse, sans doute en raison des pertes d'emploi et des expulsions pendant et depuis la pandémie de COVID-19^{2,10,11}.

L'objectif de cette analyse est de comparer le profil des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada (à l'exclusion du Québec) chez les personnes ayant un logement et chez les personnes en situation d'itinérance, à l'aide de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et ce, pendant l'année pré-pandémique du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Cette étude explore également les tendances en fonction des caractéristiques démographiques des patients (sexe et âge), du contexte de l'intoxication (substances en cause et intention derrière l'intoxication), des caractéristiques et des résultats de l'hospitalisation (durée du

séjour, admission dans une unité de soins intensifs et statut à la sortie) ainsi que des troubles de santé mentale consignés.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude comparant, à partir de cette source de données, les caractéristiques des personnes en situation d'itinérance et celle des personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada. Les résultats de cette étude sont utilisables pour mieux comprendre la façon dont l'itinérance, la santé mentale et les méfaits liés à la consommation de substances se recoupent, ainsi que les expériences différentes que les sans-abri ont des soins hospitaliers.

Méthodologie

Source des données

Nos données sont tirées de la BDCP, qui consigne les dossiers de congé des patients après une hospitalisation de courte durée au Canada, à l'exclusion du Québec. En 2019-2020, les données de la BDCP recouvraient l'ensemble des hospitalisations dans une unité de soins de courte durée, sauf pour les établissements n'ayant pas soumis de données pendant six périodes (nombre total estimé de 1 100 résumés manquants)¹². Les données sont présentées pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Les codes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, Canada* (CIM-10-CA) ont été utilisés pour saisir jusqu'à 25 diagnostics à partir des données d'hospitalisation du patient.

Détermination de l'échantillon d'étude

La méthode utilisée pour recenser les intoxications liées à la consommation de substances a été adaptée à partir de méthodes de l'ICIS existantes^{13,14}. Le personnel formé à la codification a examiné les dossiers médicaux et attribué des codes de la CIM-10-CA spécifiques à chaque substance conformément aux directives de codification de l'ICIS^{13,15}. Les intoxications liées à la consommation de substances sont consignées dans le dossier d'un patient en fonction des analyses toxicologiques, de l'autodéclaration ou de la réponse au traitement reçu (par exemple, inversion des effets d'une intoxication aux opioïdes après l'administration de naloxone). Les intoxications ont été incluses pour

notre étude si elles étaient dues aux substances suivantes : opioïdes (T40.0, T40.1, T40.2, T40.20 à T40.23, T40.28, T40.3, T40.4, T40.40, T40.41, T40.48, T40.6), stimulants (T40.5, T43.6), cannabis (T40.7), hallucinogènes (T40.8, T40.9), alcool (T51), autres déprimeurs (T42.3, T42.4, T42.6, T42.7) et médicaments psychotropes (T43.8, T43.9).

Cette analyse a été limitée aux intoxications significatives, c'est-à-dire aux cas où l'intoxication a influencé la durée de l'hospitalisation du patient et le traitement qu'il a reçu. Les diagnostics secondaires et les diagnostics non confirmés ou potentiels ont donc été exclus.

Autres variables

Itinérance

Toute mention du code Z59.0 de la CIM-10-CA dans un résumé de congé d'un patient a été utilisée pour consigner les cas confirmés ou non confirmés et soupçonnés d'itinérance. L'itinérance au moment de l'admission à l'hôpital doit obligatoirement être codée lorsqu'elle a été consignée par le médecin ou notée lors de l'examen systématique du dossier médical.

Intention derrière l'intoxication

L'intention derrière l'intoxication a été déterminée conformément aux normes de codification de l'ICIS, où les codificateurs attribuent un code CIM-10-CA de cause externe indiquant si l'intoxication a été accidentelle (X41, X42, X45), intentionnelle (X61, X62, X65) ou indéterminée (Y11, Y12, Y15). Les diagnostics confirmés et soupçonnés ont été inclus dans l'analyse de l'intention. Les dossiers dans lesquels il manquait un code de cause externe associé à une ou plusieurs intoxications ont été exclus des analyses de l'intention.

Troubles de santé mentale consignés

Conformément à la méthodologie de l'ICIS, les troubles de santé mentale consignés ont été recensés sur la base de tout diagnostic pertinent de la CIM-10-CA consigné dans le résumé de congé du patient pendant son séjour pour intoxication liée à la consommation de substances^{15,16}. Il est obligatoire de consigner le diagnostic d'un trouble de santé mentale si le fait que le patient présente ce trouble a une incidence importante sur le traitement qu'il reçoit, nécessite un traitement allant au-delà du maintien de l'état préexistant ou augmente la durée du séjour à l'hôpital d'au moins 24 heures.

Tous les codes de la CIM-10-CA pour un trouble de santé mentale figurant dans le résumé de congé du patient ont été saisis, qu'il s'agisse de diagnostic confirmé ou soupçonné. Les troubles suivants ont été inclus : troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance (F10 à F19, F55, F63.0), schizophrénie et autres troubles psychotiques (F20 à F25, F28, F29), troubles de l'humeur (F30 à F34, F38, F39, F53.0, F53.1), troubles d'anxiété (F40, F41, F93.0 à F93.2, F94.0), certains troubles de la personnalité et du comportement (F60 à F62, F68 [sauf F68.1], F69) et autres troubles de santé mentale (F42 à F45, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50 à F52, F53.8, F53.9, F54, F59, F63 [sauf F63.0], F68.1, F90 à F92, F93.3, F93.8, F93.9, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95, F98.0, F98.1 à F98.5, F98.8, F98.9, F99, O99.3). Parmi les « autres troubles de santé mentale » couverts par ces codes de la CIM-10-CA, mentionnons les troubles hypocondriaques, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil non organiques, les troubles des conduites et l'état de stress post-traumatique.

Durée du séjour à l'hôpital et statut à la sortie

La durée totale du séjour à l'hôpital a été calculée comme étant la somme du nombre de jours pendant lesquels un patient a été hospitalisé en unité de soins de courte durée et de ceux pendant lesquels il a reçu d'autres types de soins. La durée d'hospitalisation en soins de courte durée correspond à une situation où un patient reçoit le traitement nécessaire pour une maladie ou un épisode de maladie grave pendant une courte période et les autres types de soins correspondent à une période où un patient occupe un lit, mais n'a pas besoin de l'ampleur des services fournis dans ce milieu de soins.

Le statut à la sortie fait référence au statut du patient à sa sortie de l'hôpital ou à l'endroit où ce dernier est dirigé après sa sortie, cette information étant obtenue à partir du dossier d'hospitalisation du patient.

Analyses

Nous avons effectué des analyses descriptives des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance ainsi que chez les personnes ayant un logement (afin d'avoir une catégorie de référence). Pour calculer le pourcentage d'hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances associées

à un trouble de santé mentale consigné en particulier, la population totale à l'étude a été utilisée comme dénominateur, ce qui fait que les pourcentages peuvent dépasser 100 % lorsqu'ils sont additionnés en raison d'intoxications à plusieurs substances et de diagnostics de troubles de santé mentale multiples. Les effectifs de moins de cinq par catégorie désagrégée ont été supprimés conformément à la politique de respect de la vie privée de l'ICIS¹⁷.

Nous avons utilisé le test du khi carré de Pearson pour établir les associations significatives entre le statut résidentiel et les variables nominales, et la méthode exacte de Fisher lorsque les effectifs attendus pour une cellule étaient inférieurs à cinq. Le test *t* de Satterthwaite a, quant à lui, été utilisé pour analyser les différences en fonction du statut résidentiel pour les variables continues.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du progiciel de statistiques SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Entre avril 2019 et mars 2020, il y a eu 10 659 hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada (à l'exclusion du Québec). Environ 6 % (623) de ces cas concernaient des personnes en situation d'itinérance.

Caractéristiques démographiques des patients

Parmi les personnes hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances, une plus grande proportion d'hommes (71 %) que de femmes (29 %) étaient en situation d'itinérance, mais un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %) avaient un logement (tableau 1). Parmi les personnes hospitalisées pour une intoxication de ce type, l'âge moyen des personnes en situation d'itinérance était inférieur à l'âge moyen de leurs homologues ayant un logement (39,2 ans contre 42,5 ans; $p < 0,001$) (figure 1).

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital

Les personnes sans abri sont restées à l'hôpital significativement plus longtemps pour une intoxication liée à la consommation de substances que celles ayant un logement (11,0 jours contre 6,6; $p < 0,05$)

(tableau 2). La proportion de personnes hospitalisées admises aux soins intensifs ne différait pas entre les deux groupes de population, mais les personnes en situation d'itinérance ont eu une durée moyenne de séjour plus longue pour d'autres types de soins que celles ayant un logement (3,7 jours contre 0,8; $p < 0,05$). De plus, 8 % des personnes ayant un logement et 23 % de celles sans abri ($p < 0,001$) ont quitté l'hôpital contre l'avis du médecin. Il n'y avait aucune différence entre les deux groupes de population dans la proportion de personnes décédées pendant leur hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances.

La majorité (68 %) des personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances ont été renvoyées chez elles à leur sortie de l'hôpital. En comparaison, 49 % des personnes hospitalisées qui étaient en situation d'itinérance au moment de leur admission et qui ont refusé un hébergement à leur sortie ont été « renvoyées chez elles », ce qui laisse entendre que ce résultat doit être interprété avec prudence.

Substances en cause dans l'hospitalisation pour intoxication

Les opioïdes ont été le type de substance le plus fréquemment en cause dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances (tableau 3), mais dans une plus grande proportion chez les personnes en situation d'itinérance (61 %) que chez les personnes ayant un logement (40 %; $p < 0,001$). Les stimulants, comme la cocaïne et la méthamphétamine, ont également été en cause dans une plus grande proportion d'hospitalisations chez les personnes sans abri (29 %) par rapport aux personnes ayant un logement (19 %; $p < 0,001$). En revanche, d'autres dépresseurs, comme les benzodiazépines et d'autres sédatifs, ont été plus fréquemment en cause dans les hospitalisations de personnes ayant un logement (39 %) par rapport aux personnes en situation d'itinérance (19 %; $p < 0,001$).

Lorsqu'un opioïde était en cause dans une hospitalisation pour intoxication, le fentanyl et ses analogues étaient plus fréquents chez les personnes en situation d'itinérance que chez celles ayant un logement (34 % contre 20 %; $p < 0,001$), et de même pour l'héroïne (15 % contre 7 %;

TABLEAU 1

Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés pour une intoxication liée à la consommation de substances, selon leur statut résidentiel (personnes en situation d’itinérance et personnes ayant un logement), Canada (à l’exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Caractéristiques démographiques	Personnes en situation d’itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique <i>t</i> (ddl)	Statistique χ^2 (ddl)
Sexe (% et n)**				132,8 (1)
Femmes	29 (182)	53 (5316)	–	–
Hommes	71 (441)	47 (4715)	–	–
Âge moyen, en années**	39,2	42,5	5,88 (803,49)	–
Âge médian, en années	37	40	–	–

Abréviations : χ^2 , khi carré; ddl, degrés de liberté.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

$p < 0,001$). En revanche, l’oxycodone, la codéine et l’hydromorphone étaient significativement plus prévalentes dans les hospitalisations de personnes ayant un logement.

Il n’y avait pas de différence selon le statut résidentiel dans le pourcentage d’hospitalisations pour intoxication dans lesquelles une, deux ou trois substances ou plus étaient en cause.

Intention derrière l’intoxication

Une proportion plus élevée d’hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances ont été consignées comme étant de nature accidentelle chez les personnes sans abri par rapport aux personnes ayant un logement (62 % contre 45 %; $p < 0,001$) (tableau 4). La proportion d’hospitalisations consignées comme relevant d’un geste intentionnel était plus

grande chez les personnes ayant un logement (46 % contre 26 % pour les personnes en situation d’itinérance; $p < 0,001$). Cette tendance a également été observée chez les femmes et les hommes séparément, l’ampleur des différences étant toutefois variable.

Troubles de santé mentale consignés

Des troubles de santé mentale ont été consignés pendant l’hospitalisation pour

FIGURE 1
Groupes d’âge des patients hospitalisés pour intoxication liée à la consommation de substances, selon le statut résidentiel (personnes en situation d’itinérance et personnes ayant un logement), Canada (à l’exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

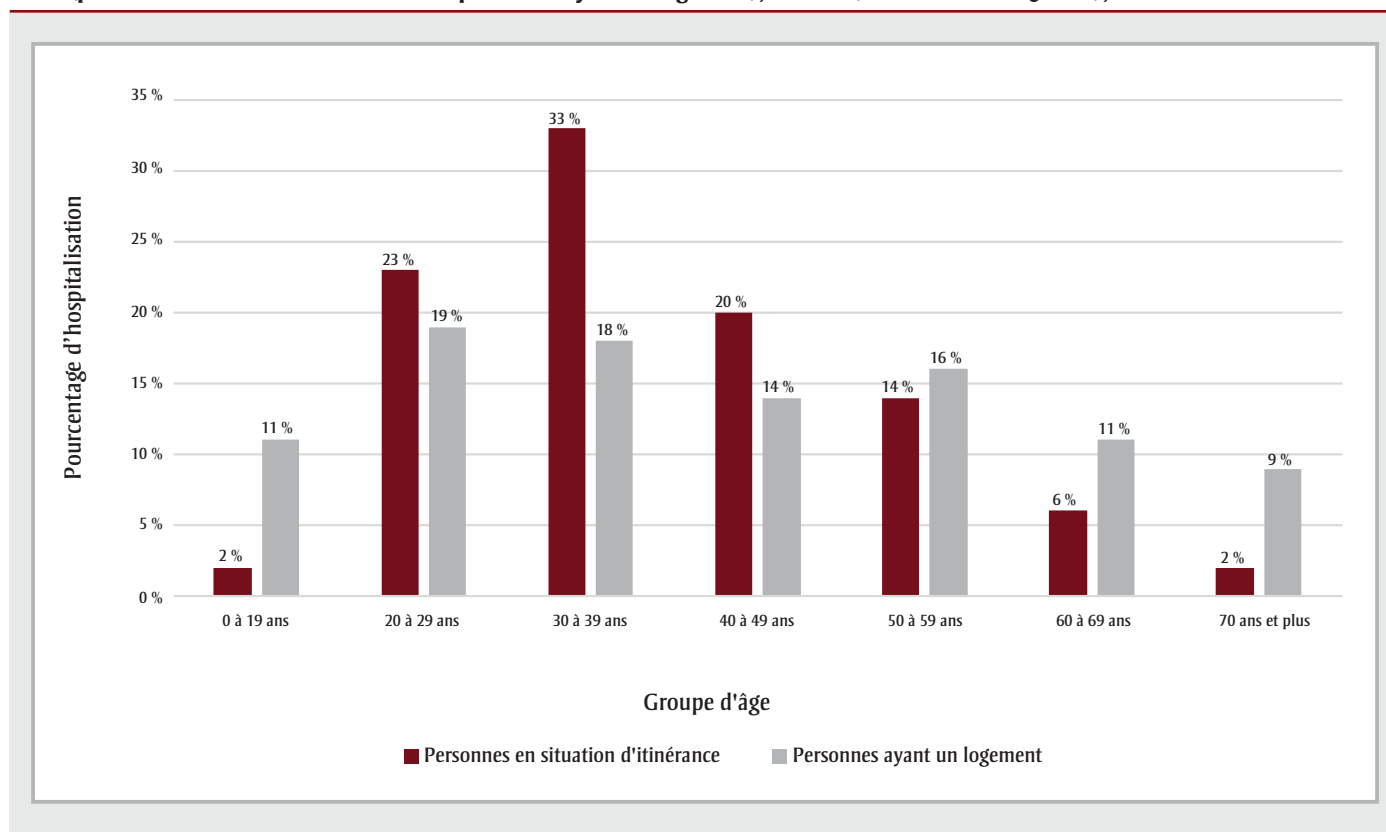


TABLEAU 2

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital en cas d'intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital	Personnes en situation d'itinérance	Personnes ayant un logement	Statistique <i>t</i> (ddl)	Statistique χ^2 (ddl)
Durée moyenne du séjour (ÉT), jours				–
Soins de courte durée à l'hôpital*	7,3 (13,9)	5,8 (12,3)	–2,58 (683,31)	
Autre type de soins*	3,7 (35,7)	0,8 (9,0)	–2,05 (626,94)	
Durée totale du séjour*	11,0 (40,7)	6,6 (17,5)	–2,68 (636,32)	
Admission aux soins intensifs, en %	38	36	–	0,7 (1)
Statut à la sortie, en % (n)				
Renvoi à domicile**	49 (306)	68 (6 829)	11,0 (40,7)	95,0 (1)
Transfert ^b	24 (149)	21 (2 069)	7,3 (13,9)	3,9 (1)
Sortie contre l'avis du médecin, absence ou non-retour après congé temporaire**	23 (142)	8 (786)	3,7 (35,7)	165,2 (1)
Décès à l'hôpital	4 (26)	4 (352)		0,8 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; ÉT, écart-type.

* Comprend les congés de l'hôpital accordés aux personnes en situation d'itinérance à leur admission qui refusent un hébergement à leur sortie de l'hôpital. À interpréter avec prudence.

^b Comprend les transferts vers des refuges ou des logements avec services de soutien ou de transition.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

intoxication liée à la consommation de substances dans une plus grande proportion chez les personnes en situation d'itinérance par rapport aux personnes ayant un logement (61 % contre 52 %; $p < 0,001$) (tableau 5). Les troubles de santé mentale les plus souvent consignés pour ces deux populations étaient les troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance, bien qu'une proportion significativement plus élevée de personnes sans abri que de personnes ayant un logement aient reçu ce diagnostic (51 % contre 25 %; $p < 0,001$). Des troubles de l'humeur (21 % contre 11 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (9 % contre 3 %; $p < 0,001$) ont été consignés dans une proportion plus élevée chez les personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances par rapport à leurs homologues en situation d'itinérance.

La stratification selon le sexe a révélé des différences importantes dans la répartition des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances associées à divers troubles mentaux. Il était significativement plus probable que des troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance (48 % contre 21 %; $p < 0,001$) ou des troubles schizophréniques et d'autres troubles psychotiques (5 % contre 2 %; $p < 0,05$) soient consignés chez les femmes en situation

d'itinérance par rapport à leurs homologues ayant un logement. À l'inverse, il était significativement plus probable que des troubles de l'humeur (26 % contre 15 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (11 % contre 6 %; $p < 0,05$) soient consignés chez les femmes ayant un logement par rapport aux femmes sans abri.

Une tendance semblable a été observée chez les hommes, la différence la plus importante entre les deux groupes ayant été relevée dans les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances et à la dépendance : parmi les hommes en situation d'itinérance, 53 % ont reçu ce diagnostic, comparativement à 29 % des hommes ayant un logement ($p < 0,001$). Il était plus probable que des troubles de l'humeur (15 % contre 9 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (6 % contre 2 %; $p < 0,001$) soient consignés et moins probable que certains troubles de la personnalité et du comportement (3 % contre 6 %; $p < 0,001$) soient consignés chez les hommes ayant un logement par rapport aux hommes sans abri.

Analyse

Dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances, les hommes et les jeunes adultes étaient surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance par rapport à la population

ayant un logement. Des études antérieures ont fait état d'une proportion plus élevée d'itinérance chez les hommes que chez les femmes^{2,18}. Cependant, des données récentes laissent entendre que beaucoup plus de femmes que d'hommes pourraient être en situation d'itinérance cachée, ce qui entraînerait une classification erronée de la situation des femmes en matière de logement¹⁹. L'âge moyen inférieur des personnes en situation d'itinérance hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances que nous avons observé dans cette étude reflète probablement un âge plus jeune des personnes sans abri².

Nous avons constaté qu'une proportion plus élevée des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances parmi les personnes en situation d'itinérance étaient consignées comme étant de nature accidentelle plutôt que relevant d'un geste intentionnel, et que les opioïdes et les stimulants, notamment le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne, étaient le plus souvent en cause dans les intoxications menant à une hospitalisation. Le fait qu'une grande proportion de ces intoxications sont accidentelles est probablement attribuable à l'augmentation de la quantité de fentanyl et de ses analogues dans l'approvisionnement en drogues illicites (non réglementées). Ces substances ont une puissance élevée et

TABEAU 3
Substances en cause dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

	Personnes en situation d'itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Substance en cause			
Opioïde**	61 (377)	40 (4 056)	97,6 (1)
Stimulant du SNC**	29 (182)	19 (1 953)	34,8 (1)
Autre dépresseur du SNC**	19 (118)	39 (3 897)	98,8 (1)
Alcool*	18 (114)	23 (2 300)	7,1 (1)
Cannabis*	4 (24)	6 (594)	4,6 (1)
Hallucinogène	– ^a	< 1 (35)	–
Autre psychotrope ou non spécifique	– ^a	1 (67)	–
Opioïde en cause			
Fentanyl et analogues**	34 (130)	20 (792)	46,8 (1)
Héroïne**	15 (57)	7 (272)	35,5 (1)
Méthadone	6 (22)	8 (341)	3,0 (1)
Oxycodone**	3 (13)	10 (393)	16,2 (1)
Codéine**	3 (11)	10 (424)	22,1 (1)
Hydromorphone**	2 (7)	10 (393)	25,8 (1)
Tramadol	– ^a	3 (115)	–
Morphine	– ^a	7 (284)	–
Opium ^b	0 (0)	< 1 (8)	–
Autre/non précisé*	41 (154)	35 (1 415)	5,4 (1)
Nombre de substances en cause			
1	74 (463)	77 (7 702)	1,9 (1)
2	20 (126)	19 (1 870)	1,0 (1)
≥3	5 (34)	5 (464)	0,9 (1)

Abbreviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; SNC, système nerveux central.

^a Les données sont supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon (conformément à la politique de respect de la vie privée de l'Institut canadien d'information sur la santé¹⁷).

^b La méthode exacte de Fisher a été utilisée lorsque les effectifs pour une cellule étaient inférieurs à 5.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

sont de plus en plus mélangées à d'autres substances contrôlées²⁰⁻²². Les personnes hospitalisées ne savaient peut-être pas que la substance consommée contenait également du fentanyl ou ses analogues, elles avaient peut-être mélangé des substances pour atténuer les symptômes de sevrage ou pour amplifier leur expérience²³ ou encore la dose était peut-être plus élevée que prévu et a entraîné une intoxication accidentelle.

La durée d'hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances était plus longue chez les personnes en situation d'itinérance que chez les personnes ayant un logement, soit en moyenne respectivement 11 et 6,6 jours. Ce résultat peut s'expliquer par les taux accrus de

maladies infectieuses, de maladies chroniques et de problèmes de santé physique à long terme qui prévalent chez les personnes sans abri^{24,25}, ainsi que par le taux accru de troubles de santé mentale, comme nous l'avons relevé dans notre étude. Il est également possible que les personnes hospitalisées aient reçu un traitement pour des états comorbides, ce qui a pu prolonger la durée du séjour. De plus, il est possible que la durée de séjour pour d'autres types de soins ait été différente entre les deux populations car les hôpitaux n'ont peut-être pas d'options pour le congé des patients en situation d'itinérance.

Enfin, les personnes sans abri étaient plus susceptibles que celles ayant un logement de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin

ou avant que leur sortie ait été officiellement autorisée par un professionnel de la santé. Cette constatation concorde avec les résultats d'études antérieures ayant relevé que les personnes quittant l'hôpital contre l'avis d'un médecin sont plus susceptibles d'être jeunes, de sexe masculin et en situation d'itinérance^{26,27}. Choi et ses collaborateurs²⁶ ont relevé que les personnes quittant l'hôpital contre l'avis du médecin présentaient un taux accru de réadmission dans les 14 jours suivants et de décès dans les 12 mois suivants. Ce constat particulier a d'importantes répercussions pour les milieux de soins cliniques qui cherchent des moyens de réduire le nombre de patients qui quittent l'hôpital contre l'avis des médecins et ainsi de réduire les préjudices, les décès et

TABEAU 4
Intention derrière l'intoxication liée à la consommation de substances dans les hospitalisations chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Intention ^a	Hospitalisations chez les personnes en situation d'itinérance % (n)	Hospitalisations chez les personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Total			
Accidentelle**	62 (382)	45 (4519)	62,5 (1)
Geste intentionnel**	26 (162)	46 (4551)	90,2 (1)
Non déterminée*	12 (76)	10 (949)	5,0 (1)
Femmes			
Accidentelle**	54 (97)	38 (1986)	18,6 (1)
Geste intentionnel**	37 (67)	56 (2928)	24,6 (1)
Non déterminée	10 (18)	8 (398)	1,4 (1)
Hommes			
Accidentelle**	65 (285)	54 (2532)	19,8 (1)
Geste intentionnel**	22 (95)	35 (1620)	29,9 (1)
Non déterminée	13 (58)	12 (550)	0,9 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; ddl, degrés de liberté.

^a Les intoxications ont été classées comme accidentelles sauf si d'autres intentions avaient été clairement consignées, ce qui a pu entraîner une surreprésentation des intoxications accidentelles.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

les coûts connexes et d'accroître la satisfaction à l'égard des soins de santé.

Points forts et limites

À notre connaissance, cette analyse est la première à porter sur les caractéristiques des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance au Canada. La BDCP comprend les données sur les sorties des patients des établissements de soins de courte durée de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception du Québec, et offre donc une couverture étendue de la population visée par l'étude.

Celle-ci comporte toutefois des limites. Premièrement, cette analyse ne portait que sur les hospitalisations de courte durée, et le profil des intoxications liées à la consommation de substances est variable selon les milieux de soins de santé. Par exemple, les intoxications moins graves sont susceptibles d'être traitées par les services médicaux d'urgence ou au service des urgences, ce qui fait que de ne pas inclure ces milieux de soins de santé pourrait entraîner une sous-estimation de la prévalence globale des intoxications liées à la consommation de substances. Si le profil de choix de l'endroit où recevoir des soins de santé pour ces intoxications et le profil des personnes qui sont admises

à l'hôpital varient en fonction du statut résidentiel, il est possible que les résultats ne reflètent pas adéquatement les véritables différences.

De plus, les données sur les personnes décédées avant leur admission à l'hôpital n'ont pas été saisies, ce qui pourrait avoir orienté cette analyse vers des cas moins graves ou des situations où l'aide était plus facilement accessible.

L'unité d'analyse était la sortie de l'hôpital plutôt que la personne avec son épisode complet de soins. Ainsi, certaines personnes ont pu être réadmisses plusieurs fois pendant la période d'étude, ce qui aura été comptabilisé comme des hospitalisations multiples. Les personnes admises plusieurs fois peuvent avoir des caractéristiques spécifiques qui ne sont pas présentées dans notre étude.

Une autre limite est que la détermination du statut d'itinérance peut avoir été tirée de renseignements autodéclarés. Or certains patients ont pu ne pas vouloir divulguer leur itinérance ou n'ont peut-être pas pu le faire en raison d'une incapacité ou du décès, ce qui a pu entraîner une classification erronée. De même, il n'a été possible de définir le statut résidentiel que sous forme binaire, c'est-à-dire en situation d'itinérance ou non. Il faudrait dresser

un portrait plus nuancé et inclure les situations de logement instable, la mauvaise qualité de logement, le surpeuplement ou les situations antérieures d'itinérance pour bien comprendre l'impact des conditions de logement. Comme l'exigence de consigner le statut d'itinérance dans les dossiers de congé d'hôpital est relativement nouvelle, il n'a pas été possible d'effectuer une analyse des tendances.

La détermination de l'intention derrière l'intoxication reposait également sur des renseignements autodéclarés, ce qui peut introduire un biais si les patients ne veulent pas ou ne peuvent pas divulguer ces renseignements. Les intoxications ont été classées comme accidentelles sauf si d'autres intentions avaient été clairement consignées, ce qui a pu entraîner une surreprésentation des intoxications accidentelles. Il n'a pas été possible, dans toute l'analyse effectuée, de déterminer quelles intoxications étaient attribuables à des opioïdes pharmaceutiques et quelles intoxications étaient attribuables à des opioïdes illicites (ou non réglementés) ou à une combinaison des deux, ce qui nuit à la capacité d'élaborer des interventions ciblées pour réduire les méfaits associés aux substances provenant de différentes sources.

Les estimations des troubles de santé mentale consignés ne reflètent pas la prévalence

TABLEAU 5

Troubles de santé mentale consignés pendant les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Trouble de santé mentale	Personnes en situation d'itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Total			
Tout trouble de santé mentale**	61 (380)	52 (5196)	20,0 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	51 (319)	25 (2509)	206,6 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	11 (68)	21 (2122)	37,6 (1)
Troubles d'anxiété ^{c**}	3 (18)	9 (865)	25,4 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^{d**}	4 (28)	2 (236)	11,2 (1)
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^e	8 (51)	7 (694)	1,5 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	9 (53)	12 (1232)	7,9 (1)
Femmes			
Tout trouble de santé mentale*	64 (117)	56 (2971)	5,0 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	48 (87)	21 (1135)	71,2 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	15 (27)	26 (1392)	11,9 (1)
Troubles d'anxiété ^{c*}	6 (11)	11 (592)	4,7 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^{d,*}	5 (9)	2 (96)	
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^e	14 (25)	11 (565)	1,8 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	14 (25)	15 (814)	0,4 (1)
Hommes			
Tout trouble de santé mentale**	60 (263)	47 (2223)	25,2 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	53 (232)	29 (1373)	103,8 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	9 (41)	15 (729)	12,1 (1)
Troubles d'anxiété ^{c**}	2 (7)	6 (273)	13,9 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^d	4 (19)	3 (140)	2,4 (1)
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^{e**}	6 (26)	3 (128)	14,1 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	6 (28)	9 (417)	3,2 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; CIM-10-CA, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version, Canada*¹⁵.

^a Codes F10 à F19, F55 et F63.0 de la CIM-10-CA.

^b Codes F30 à F34, F38, F39, F53.0 et F53.1 de la CIM-10-CA.

^c Codes F40, F41, F93.0 à F93.2 et F94.0 de la CIM-10-CA.

^d Codes F20 à F25, F28 et F29 de la CIM-10-CA.

^e Codes F60 à F62, F68 (sauf F68.1) et F69 de la CIM-10-CA.

^f Codes F42 à F45, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50 à F52, F53.8, F53.9, F54, F59, F63 (sauf F63.0), F68.1, F90 à F92, F93.3, F93.8, F93.9, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95, F98.0, F98.1 à F98.5, F98.8, F98.9, F99 et O99.3 de la CIM-10-CA.

^g La méthode exacte de Fisher a été utilisée lorsque les effectifs pour une cellule étaient inférieurs à 5.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

globale des troubles de santé mentale chez les personnes hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances, mais plutôt la prévalence des troubles de santé mentale consignés en lien avec le séjour du patient à l'hôpital.

Enfin, les vétérans des Forces armées canadiennes sont de deux à trois fois plus susceptibles de se retrouver en situation d'itinérance que la population générale, et l'absence d'indication du statut militaire dans ces données nuit à la capacité de fournir une compréhension complète des liens entre service militaire, situation en matière de logement et intoxications liées à la consommation de substances²⁸.

Répercussions

La pandémie de COVID-19 a accentué les disparités en matière de santé, en particulier au sein des populations difficiles à atteindre²⁻⁴. Il y a également eu, partout au Canada, une augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance ainsi qu'une hausse du nombre d'intoxications liées à la consommation de substances^{2,10,11}. Bien que nous ayons analysé une période antérieure à la pandémie, les résultats de notre étude pourraient être utilisés à l'appui de mesures visant à réduire les méfaits liés à la consommation de substances grâce au renforcement des infrastructures sociales et de santé publique, car les gens subissent encore les effets à long terme associés à la pandémie de COVID-19 ainsi que d'autres répercussions économiques.

Ces résultats mettent en lumière la nécessité pour les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs de mieux comprendre comment se recourent l'itinérance, la maladie mentale et les méfaits liés à la consommation de substances. Ils peuvent également donner une orientation aux intervenants de secteurs qui interagissent avec des personnes en situation de logement précaire. En particulier, nos résultats montrent comment les méfaits liés à la consommation de substances et les soins en milieu hospitalier peuvent différer pour les personnes ayant un logement par rapport aux personnes en situation d'itinérance, comme en fait foi la forte proportion d'hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances qui se sont conclues par un départ contre l'avis du médecin. Cette différence dans les soins peut être attribuable à divers facteurs, comme le fait que les

soins ne répondent pas aux besoins de cette population ou encore de la méfiance ou d'une stigmatisation. Il pourrait donc être pertinent de poursuivre les recherches afin de réduire les obstacles aux soins pour les personnes sans abri.

Conclusion

Comparativement aux personnes ayant un logement, les personnes sans logement qui sont hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances sont plus susceptibles d'être jeunes, d'être de sexe masculin et d'avoir un trouble de santé mentale consigné. Une plus grande proportion des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes sans logement étaient accidentelles et mettaient en cause des opioïdes et des stimulants, en particulier le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne. Enfin, l'hospitalisation des personnes sans logement due à une intoxication liée à la consommation de substances a duré plus longtemps et était plus susceptible de se conclure par un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin.

Ces constatations soulignent l'importance d'être conscient des recoupements entre la maladie mentale, la consommation de substances et la situation en matière de logement lorsqu'on envisage des options pour lutter contre les méfaits liés à la consommation de substances. Les études futures devraient viser à déterminer comment les soins en milieu hospitalier et d'autres services sociaux peuvent optimiser le soutien afin de prévenir des méfaits supplémentaires liés à la consommation de substances.

Remerciements

Nous remercions l'Institut canadien d'information sur la santé d'avoir recueilli et fourni les données utilisées dans le cadre de cette étude, ainsi que Patrick Hunter et Nan Zhou d'Infrastructure Canada pour leur contribution et leur soutien à ce projet.

Certains éléments de cet article ont déjà été publiés par le gouvernement du Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/hospitalisations-intoxications-liees-substances-personnes-situation-itinerance.html>); nous avons obtenu la permission de les reproduire. Nous avons communiqué avec tous les principaux contributeurs, qui ont accepté cette publication.

Financement

Ces travaux de recherche n'ont reçu aucune subvention de la part d'un organisme de financement des secteurs public, commercial ou sans but lucratif.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer.

Contribution des auteurs et avis

RP : recherche, organisation des données, méthodologie, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit.

RW : recherche, organisation des données, méthodologie, analyse formelle, révisions et relectures.

HO : conception, supervision, révisions et relectures.

VG : conception, supervision, validation, révisions et relectures.

Certaines sections de cet article sont fondées en partie sur l'information et les données compilées et fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Toutefois, les analyses et les conclusions présentées ici ainsi que les opinions et les déclarations contenues dans l'article sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la position de l'ICIS ou du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants#hospSection>
2. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. L'état de l'itinérance au Canada 2016 [Internet]. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016. En ligne à : <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf>
3. Didenko E, Pankratz N. Substance use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life. *Visions J.* 2007;4(1):9-10. En ligne à : https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/visions_housing_homelessness.pdf

4. Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz C, Krausz M. Mental health, concurrent disorders, and health care utilization in homeless women. *J Psychiatr Pract.* 2012;18(5):349-360. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000419819.60505.dc>
5. North CS, Eyrich-Garg KM, Pollio DE, Thirthalli J. A prospective study of substance use and housing stability in a homeless population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(11):1055-1062. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0144-z>
6. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ.* 2001;164(2):229-233.
7. Linden IA, Werker GR, Schutz CG, Mar MY, Krausz M, Kerry J. Regional patterns of substance use in the homeless in British Columbia. *BC Studies.* 2014/15;(184). <https://doi.org/10.14288/bcs.v0i184.184890>
8. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch JS. Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. *Med Care.* 2011;49(4):350-354. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318206c50d>
9. Laliberté V, Stergiopoulos V, Jacob B, Kurdyak P. Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;29:e21. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000052>
10. Strobel S, Burcul I, Dai JH, Ma Z, Jamani S, Hossain R. Caractérisation des personnes en situation d'itinérance et des tendances de l'itinérance d'après les données sur les visites à l'urgence au niveau de la population de l'Ontario, au Canada. *Rapports sur la santé.* 2021;32(1):14-25. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202100120002-fra>
11. Benfer EA, Vlahov D, Long MY et al. Eviction, health inequity, and the spread of COVID-19: housing policy as a primary pandemic mitigation strategy. *J Urban Health.* 2021;98(1):1-2. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00502-1>
12. Institut canadien d'information sur la santé. Documentation sur la qualité des données – base de données sur les congés des patients : information sur l'exercice courant 2019-2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2020. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-data-quality-current-year-information-2019-2020-fr.pdf>
13. Institut canadien d'information sur la santé. Directives de codification des surdoses d'opioïdes [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [révision en avril 2018; consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-bulletin-fr.pdf>
14. Institut canadien d'information sur la santé. Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/sejours-a-lhopital-en-raison-de-mefaits-causes-par-lutilisation-de-substances>
15. Institut canadien d'information sur la santé. Normes canadiennes de codification pour la version 2018 de la CIM-10-CA et de la CCI [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2018. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/CodingStandards_v2018_FR.pdf
16. Institut canadien d'information sur la santé. Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2023 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/readmission-dans-les-30-jours-pour-des-problemes-de-sante-mentale-ou-dutilisation-de>
17. Institut canadien d'information sur la santé. Politique de respect de la vie privée relative à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels sur la santé et des données dépersonnalisées : 2010 – Mise à jour en novembre 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/privacy-policy-fr.pdf>
18. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet.* 2012;131(6):779-7. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0>
19. Andermann A, Mott S, Mathew CM et al. Interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires en matière de soutien apporté aux femmes en situation ou à risque d'itinérance : examen de la portée avec analyse fondée sur le sexe et l'équité. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(1):1-14. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.01f>
20. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
21. Baldwin N, Gray R, Goel A, Wood E, Buxton JA, Rieb LM. Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: an observational analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018; 185:322-327. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.032>
22. Fischer B, Vojtila L, Rehm J. The 'fentanyl epidemic' in Canada – some cautionary observations focusing on opioid-related mortality. *Prev Med.* 2018;107:109-113. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2017.11.001>
23. Boileau-Falardeau M, Contreras G, Gariépy G, Laprise C. Tendances et motivations associées à la polyconsommation de substances : une revue rapide des données qualitatives. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022; 42(2):53-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01f>
24. Ali N. Hospital emergency care & homelessness [Internet]. Toronto (Ont.) : Observatoire canadien sur le sans-abrisme; 2017 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/blog/hospital-emergency-care-homelessness>

-
25. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
 26. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PloS One*. 2011;6(9):e24459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024459>
 27. Stearns CR, Bakamjian A, Sattar S, Weintraub MR. Discharges against medical advice at a county hospital: provider perceptions and practice. *J Hosp Med*. 2017;12(1):11-17. <https://doi.org/10.1002/jhm.2672>
 28. Chase T, Clement A, Desforges S, Gupta A. Addressing veteran homelessness in Canada [Internet]. Montréal (Qué.) : Université McGill; 2023. En ligne à : https://www.mcgill.ca/maxbellschool/files/maxbellschool/ofha_veteran_homelessness_policy_brief_-_2023.pdf