

# Santé et soins des personnes sans abri

Drs YVES JACKSON<sup>a,b</sup>, TIMOTHÉE WUILLEMIN<sup>a</sup> et PATRICK BODENMANN<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2016; 12: 1671-5

**Le défaut de logement stable est fortement lié à la pauvreté et à des causes structurelles. Les sans-abri constituent une population croissante dans les pays occidentaux, diverse dans son degré de précarité et d'accès au logement, de plus en plus jeune et multi-générationnelle. Leur santé est fortement influencée par les conditions de vie précaires et leur accès aux soins souvent mal adaptés aux besoins. Cet article passe en revue les données épidémiologiques et cliniques récentes et présente des stratégies innovantes de prise en charge globale susceptibles d'apporter des bénéfices à l'échelle de l'individu, du système de santé et de la société.**

## Health and healthcare of homeless persons

*Homelessness is a complex issue linked to poverty and structural conditions. It is increasing in Western countries with younger people and multiple generations being affected. Hard and unstable living conditions and inappropriate access to care predispose people to increase morbidity with poor health outcomes. This article reviews recent evidence about homeless health and strategies to improve health outcomes while harnessing societal benefits.*

## INTRODUCTION

Avoir un logement constitue un facteur essentiel au développement et à la préservation de la santé humaine. Son accès contribue à garantir la dignité. En effet, un foyer constitue non seulement un espace physique privé mais également une source de protection et d'attachement émotionnel. La Déclaration universelle des droits de l'homme le mentionne explicitement (art. 25) et la Constitution fédérale en fait un but social «La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que [...] toute personne en quête d'un logement puisse trouver, pour elle-même et sa famille, un logement approprié à des conditions supportables» (art. 41). Or, en Suisse, comme dans les autres pays européens, une frange de la population peine à se loger et cette tendance s'aggrave dans le contexte de la crise économique, de politique sociale plus restrictive, de la structure (faible taux de propriété privée) et de la valorisation du marché immobilier.<sup>1</sup> Le mouvement de désinstitutionalisation des services de santé mentale amorcé à la fin du XX<sup>e</sup> siècle a également contribué à rendre plus visible cette population et à l'éloigner du système de soins.

Les conditions de vie et la santé des personnes sans abri et ses déterminants sont mal connus. C'est un domaine négligé sur

le plan politique et par la recherche comme en atteste le faible nombre de données disponibles, notamment en Suisse. Pourtant, ce groupe concentre de multiples facteurs de risque biopsychosociaux et peine généralement à utiliser le système de santé de manière efficiente. De nouvelles interventions basées sur une approche scientifique se développent néanmoins et permettent d'entrevoir une réduction des inégalités de santé. Cet article passe en revue les connaissances actuelles relatives aux déterminants de santé des sans-abri et présente les ressources existant en Suisse.

## Vignette

Vous accueillez aux urgences un patient diabétique de 42 ans qui se plaint d'une asthénie et d'une toux productive depuis deux semaines. Suisse, sans emploi, divorcé et père de deux enfants adolescents dont il n'a plus la garde, il n'a pas de médecin traitant et consulte toujours aux urgences de l'hôpital. Il a interrompu son traitement antidiabétique et antidépresseur. Il a perdu son logement et dort le plus souvent dehors. En état général moyen, la tension est de 166/103 mmHg, les investigations évoquent une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) sur une probable bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et la glycémie capillaire est à 16 mmol/l. Vous vous demandez comment vous allez vous y prendre pour aider ce patient.

## DÉFINITIONS

*Homelessness* n'a pas de traduction parfaite en français et fait référence à l'absence de logement stable. Nous utiliserons ici les termes *sans-abrisme* et *personnes sans abri* faute de mieux. Le défaut de logement peut être relatif ou absolu et se décline sous plusieurs formes. La typologie ETHOS (**tableau 1**) appliquée en Europe facilite son étude et les comparaisons entre pays.<sup>2</sup> Fréquemment, les personnes naviguent entre les différentes catégories. Le sans-abrisme se caractérise également par sa temporalité, à savoir intermittente, chronique ou de crise.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Outre les difficultés à définir la population, le décompte est limité par un manque de méthodologie standardisée. À l'échelle mondiale, l'ONU estime à plus d'un milliard les personnes mal logées de manière permanente, à 100 millions celles sans logement et à 1 million les sans-abri en Europe et aux États-

<sup>a</sup>Service de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, <sup>b</sup>Institut de santé globale, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>c</sup>Centre des populations vulnérables, PMU, 1011 Lausanne  
yves.jackson@hcuge.ch

TABLEAU 1

Catégories de sans-abrisme selon la typologie ETHOS

Catégories	Situation de vie	Définitions
Sans logement	Espace public, extérieur	Vie dans la rue sans abri
Logement d'urgence	Abris de nuit (Protection Civile)	Personnes sans logement régulier qui changent fréquemment de type de logement
Logement pour sans-abri	Refuges, foyers	Logement avec durée limitée
Logement inapproprié en institution	Institution de santé Institution pénale	Séjour prolongé en absence de logement à la sortie
Logement non conventionnel en raison d'absence de logement fixe	Mobiles-homes, camping, bâtiments non destinés au logement, structures temporaires	Endroit utilisé en raison de l'absence de logement et qui n'est pas le lieu habituel de résidence
Logement temporaire chez famille ou connaissance en raison d'absence de logement fixe	Logement conventionnel mais pas chez soi	Endroit utilisé en raison de l'absence de logement et qui n'est pas le lieu habituel de résidence

Unis.<sup>3</sup> En France, un recensement conduit en 2011 indiquait un taux de 0,25/1000 résidents sans logement pour un total de 141500 personnes, en hausse de 62% par rapport à 2001.<sup>4</sup> Le nombre de gens ayant connu au moins un épisode d'absence de domicile est considéré comme dix fois supérieur.

La Suisse ne possède pas de statistique, mais le nombre de structures d'accueil d'urgence ne cesse de croître. Un recensement effectué une nuit d'hiver en 2015 à Genève a identifié 354 personnes dormant dans la rue ou dans des lieux d'urgence (données personnelles). En 2014-2015, les abris d'urgence de la Ville de Genève ont accueilli 1290 personnes, dont 54 mineurs. Quant aux abris de l'Hospice Général, ils hébergent quotidiennement plus de 400 personnes liées à l'asile, ce qui donne un taux total de 1,7/1000 résidents du canton. Il est évident que le nombre de lits disponibles influence ce décompte et qu'il conviendrait d'obtenir des données plus précises pour affiner l'analyse.

Bien que la majorité soit constituée d'hommes d'âge moyen, les jeunes, les femmes et plus rarement des familles sont également touchés et présentent des besoins spécifiques, notamment en termes de santé. En Ile de France, le Samu social héberge davantage de familles que de personnes seules depuis 2010, ce qui impose une nouvelle approche socio-sanitaire. Bien que le sans-abrisme soit essentiellement un fait urbain, il touche également les zones péri-urbaines et parfois rurales. C'est néanmoins dans les centres-villes que se concentrent la plupart des personnes.

## FACTEURS ASSOCIÉS AU SANS-ABRISME

Il est convenu que le sans-abrisme se développe sur un terrain de défaillances multiples mais il y a débat quant au poids des facteurs de vulnérabilité individuels et ceux liés à l'environnement.<sup>5</sup> La pauvreté est le facteur essentiel mais d'autres facteurs tels qu'une enfance en milieu précaire, des problèmes de santé chroniques, notamment psychiatriques, une sortie récente de milieu carcéral, la consommation de substances, l'exposition à la violence et le manque de statut de résidence légale contribuent également au risque. Certains auteurs postulent un lien avec un antécédent de traumatisme crânio-cérébral.<sup>6</sup> De même, les failles du système de sécurité sociale, le manque de logements sociaux, les difficultés d'accès au système de santé et les fluctuations du marché de l'emploi et à un

revenu stable contribuent au sans-abrisme. Les facteurs protecteurs incluent des ressources financières stables, une bonne santé et du support social et un accès au logement adéquat. Les interventions consistent donc à modifier l'équilibre entre ces deux pôles.

## ÉTAT DE SANTÉ

La morbidité et la mortalité des sans-abri est sans commune mesure avec la population générale, particulièrement chez les jeunes et les femmes. En France, l'âge moyen des sans-abri au moment du décès est de 49 (+/-13) ans contre 77 (+/-17) dans la population.<sup>7</sup> Les études concordent quant à la prévalence et la mortalité attribuables élevées d'abus de tabac, d'alcool et de substances dans cette population.<sup>8</sup> Le tabagisme, y compris chez les femmes, est quatre fois plus fréquent que dans la population générale. Les sans-abri sont excessivement exposés à la violence, aux accidents et aux intoxications. Le taux de mortalité lié au suicide est particulièrement élevé chez les jeunes.<sup>9</sup> L'évolution de la santé des enfants et des jeunes mères sans abri est fortement liée à l'instabilité résidentielle et à la durée de sans-abrisme.<sup>10</sup> Chez les adultes d'âge moyen, on assiste à un phénomène de vieillissement précoce avec la survenue prématurée de maladies chroniques et dégénératives responsables d'excès de morbidité et de mortalité.<sup>11</sup> Enfin, l'insécurité alimentaire joue un rôle prépondérant sur le développement de maladies métaboliques et carencielles.<sup>12</sup>

Certains problèmes de santé sont retrouvés plus souvent et ont une présentation spécifique chez les sans-abri Le **tableau 2** recense les principales affections à considérer dans cette population lors de la prise en charge clinique.

## ACCÈS AUX SOINS ET UTILISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le plus souvent, les personnes sans abri n'ont pas de médecin de premier recours ni de suivi médical régulier. Les sans-abri constituent des usagers fréquents des services d'urgence.<sup>13</sup> Cette pratique est généralement considérée comme inappropriée car les motifs sont rarement urgents, les *outcomes* de la prise en charge insatisfaisants et les coûts élevés et évitables.<sup>14</sup> Les consultations ponctuelles en urgence interviennent souvent tard dans le décours du problème de santé, y compris en

**TABLEAU 2 Pathologies fréquentes et leurs spécificités chez les sans-abri**

Groupes de pathologies	Problèmes fréquents	Spécificités	Références
Santé mentale et système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression, trouble bipolaire</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Troubles de la personnalité</li> <li>• Syndrome de stress post-traumatique</li> <li>• Démences, syndromes gériatriques</li> <li>• Convulsions</li> <li>• Polyneuropathie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence élevée et coexistence de troubles psychiatriques et de dépendances</li> <li>• Hospitalisation en urgence et/ou en non volontaire</li> <li>• Sévérité des troubles psychiatriques lors d'hospitalisation comparable à la population générale mais durée des séjours plus courte et moindre amélioration clinique</li> <li>• Risque élevé d'overdose à la sortie de prison</li> </ul>	5, 8, 9, 11, 23, 24
Infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatite C, VIH, autres infections transmises par voies sexuelle et sanguine</li> <li>• Voies respiratoires notamment tuberculose</li> <li>• Systémique (fièvre des tranchées à <i>B. quintana</i>)</li> <li>• Bucco-dentaires</li> <li>• Intestinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observance thérapeutique limitée lors de traitements prolongés (tuberculose, VIH) : intérêt de la distribution de médicaments sous observation (DOT)</li> <li>• Risque de transmission augmenté par la promiscuité dans les lieux d'accueil</li> <li>• Cancer du col de l'utérus, du foie, ORL fréquents dans contexte de faible recours aux soins préventifs (dépistage)</li> </ul>	25, 26
Problèmes cutanés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections (mycoses, impétigo/folliculite)</li> <li>• Infestations (pouls, gale)</li> <li>• Eczéma, lésions macérées</li> <li>• Dermite solaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence augmentée chez les personnes dormant dans la rue et associée au manque d'accès aux soins d'hygiène</li> </ul>	27, 28
Traumatismes et accidents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chutes et accidents de la voie publique</li> <li>• Agressions (notamment sexuelles)</li> <li>• Gelures, brûlures</li> <li>• Intoxications (médicaments, fumées toxiques, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lien avec abus de substances</li> <li>• Traumatismes craniocérébraux fréquents avec risque de déclin cognitif précoce</li> <li>• Jeunes, femmes, minorités sexuelles plus touchées par agressions sexuelles</li> </ul>	6, 29, 30
Maladies métaboliques et nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète, obésité</li> <li>• Maladies cardiovasculaires</li> <li>• Déficits vitaminiques, malnutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle compromis par alimentation souvent de pauvre qualité et irrégulière</li> <li>• Difficultés masticatoires, douleurs dentaires</li> </ul>	31, 32
Dépendances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme avec BPCO</li> <li>• Ethylisme chronique et aigu</li> <li>• Cancers hépato-digestifs, respiratoires, ORL</li> <li>• Pancréatite, cirrhose, hémorragies digestives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladies souvent diagnostiquées à un stade avancé</li> </ul>	8, 33
Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affections obstétricales</li> <li>• Troubles du développement psychomoteur et maladies infantiles de la pauvreté, y compris anémie, dépression, obésité et asthme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible suivi prénatal, fréquents accouchements prématurés, enfants avec faible poids à la naissance</li> <li>• Fréquent retard vaccinal des enfants</li> </ul>	10, 34-36

cas de traumatisme et le pronostic de l'intervention s'en trouve limité. De fait, les sans-abri bénéficient peu d'interventions préventives. Néanmoins, tout contact avec les services de santé, y compris les urgences, constitue une opportunité d'intervention par les professionnels de santé, notamment en termes de santé mentale et de dépendances.<sup>15</sup>

## NOUVELLES APPROCHES DE SOIN ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Cette population négligée a jusqu'à récemment peu bénéficié de stratégies de promotion de santé et de soins ciblés alors que les sans-abri sont souvent préoccupés par leur santé et susceptibles d'effectuer des changements bénéfiques.<sup>16</sup> Les interventions interdisciplinaires de type *case management* (infirmiers, médecins, sociaux) dans l'orchestration des différentes demandes des patients, leur permettent à terme de mieux « naviguer » dans le système de soins. Selon une étude qualitative effectuée auprès de sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et de dépendances, le simple fait que les professionnels de santé se préoccupent d'eux entraînait une amélioration de leur santé : « Because somebody cared about me. That's how it changed things ». <sup>17</sup> En complément, les interventions médico-soignant, pratiquées dans la communauté (*outreach services*), jouent un rôle-clé en favorisant les liens

thérapeutiques, améliorant le suivi des soins et permettant de les adapter au contexte des patients.<sup>18</sup>

L'impact des interventions de santé est renforcé par la coordination entre les services de santé primaires (somatiques et psychiatriques) et les services sociaux, notamment ceux responsables de l'accès au logement. La stratégie traditionnelle, consistant à poser des conditions préalables (abstinence, suivi thérapeutique, règlement des problèmes administratifs, etc.) pour accéder au logement, a été remise en question ces dernières années. Le concept d'« un logement d'abord » (*housing first*) est né en Amérique du Nord au tournant du Millénaire et représente un modèle prometteur.<sup>19</sup> Il repose sur un accès sans condition aux ressources essentielles (logement, hygiène, alimentation) sur lequel s'intègrent des interventions socio-sanitaires dans une optique de réduction des risques, d'*empowerment* et d'accroissement des opportunités socio-professionnelles. Dans les pays occidentaux, cette stratégie a démontré un bénéfice en matière de réduction du nombre de visites des services d'urgence, de comportements à risque, d'amélioration de l'adhérence aux traitements anti-VIH et de coûts de santé.<sup>18,20</sup>

Dans le cadre de la stratégie Europe 2020, quatorze pays ont mis en place des programmes de ce type dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et de l'amélioration de l'accès au lo-

TABLEAU 3

## Liste non exhaustive de structures de logement d'urgence, sociales et de soins pour personnes sans abri en Suisse romande

Cantons		Soins	Repas	Logement	Social	Adresse
Genève	CAMSCO (HUG)	X				Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Genève
	Unité mobile d'urgence sociale (UMUS)	X			X	Avenue Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge
	Service social Ville de Genève et abris Protection Civile (PC)		X	X	X	Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Genève Rue du Temple 10, 1201 Genève
	Le CARE		X			Rue du Grand-Bureau 13, 1227 Les Acacias
	L'Accueil de Nuit			X		Chemin Galiffe 4, 1201 Genève
	Carrefour-Rue		X	X		Rue de Montbrillant 3, 1201 Genève
	Le Bateau		X			Quai Gustave-Ador, 1207 Genève
	Le Point-Virgule			X		Chemin des Verjus 11 1212 Grand-Lancy
	Emmaeus			X		Route de Drize 5 1227 Carouge
Vaud	Le Point d'Eau	X				Avenue de Morges 26, 1004 Lausanne
	PMU	X				Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
	Equipe mobile d'urgences sociales (EMUS)	X			X	Rue Dr César-Roux 31, 1005 Lausanne
	Abris PC			X		Vallée de la Jeunesse, 1007 Lausanne
	La Marmotte			X		Rue du Vallon 17, 1005 Lausanne
	Le Sleep-In			X		Chemin de l'Usine à gaz 10, 1020 Renens
	Le Hublot			X		Rue du Clos 8, 1800 Vevey
	La Lucarne			X		Curtail-Maillet 23, 1400 Yverdon
Fribourg	La Tuile			X		Rte de Marly 25, 1705 Fribourg
	Fri-Santé	X				Pérolles 30, 1700 Fribourg
Neuchâtel	Le Drop-In	X			X	Fausses-Brayes 5, 2000 Neuchâtel
	Foyer du Rocher			X	X	Rue du Rocher 8, 2000 Neuchâtel
	Foyer Feu-Vert			X	X	Rue Fritz-Courvoisier 27, 2303 La Chaux-de-Fonds
	Le dispensaire des rues	X				Rue Flery 22, 2000 Neuchâtel
Valais	Chez Paou			X	X	Chemin des Poiriers 4, 1907 Saxon
Jura	Le Coup d'Pouce			X		Rue du Marais 36, 2400 Le Locle
Berne	Foyers de Passage			X		Jakob-Strasse 58, 2504 Bienne Muristrasse 6, 3006 Bern
	Sleep-In dormitorium			X		Rue des Prés 13, 2503 Bienne
	Sleeper			X		Neubrückestrasse 19, 3012 Bern

gement pour les groupes les plus vulnérables.<sup>21</sup> Le programme national de lutte contre la pauvreté en Suisse souligne le lien étroit entre pauvreté et logement.<sup>22</sup> Néanmoins, il n'existe pas de stratégie fédérale concrète ciblant les sans-abri et la Confédération renvoie la responsabilité aux acteurs locaux. La mise en œuvre de services repose donc sur les institutions cantonales et les œuvres caritatives.

ce lieu d'accueil et coordonnera le suivi avec vous. Petit à petit, cette stratégie combinée permet de (re)créer un lien thérapeutique satisfaisant pour le patient et tant le nombre de visites en urgence que le déséquilibre métabolique tendent à se réduire.

## Vignette (suite)

Après votre intervention médicale aux urgences coordonnée avec une évaluation par le service social, vous adressez le patient à un lieu d'hébergement pour sans-abri (tableau 3) avec un arrangement administratif permettant un séjour prolongé. Vous organisez également un suivi de soins par une infirmière qui se rendra dans

## CONCLUSIONS

Le sans-abrisme doit être mieux identifié et caractérisé en Suisse, notamment en ce qui concerne la santé des familles et des enfants. Les sans-abri payent un lourd tribut de santé aux conditions de vie précaires et illustrent ainsi de manière éclatante l'importance du logement en tant que déterminant social de la santé. Les nouvelles approches de *type housing first*, *case management* et soins dans la communauté permettent une certaine atténuation de ces conséquences néfastes. De

plus, elles apportent un bénéfice pour le système de soins et la société en rationalisant les prises en charge et en réduisant les coûts. Il convient que la Suisse promeuve plus activement de telles approches dans le cadre de son programme de lutte contre la pauvreté.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 Kakpo N, Cattacin S. Local welfare in Switzerland: Housing, Employment and Child care. Genève: 2013.
- 2 Federation of National Organisations Working with the Homeless. On the way home? FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe Brussels: FEANTSA, 2012.
- 3 Haut-Commissariat des Droits de l'Homme. Rapport annuel 2005. Genève: Nations Unies, 2005.
- 4 Briant P, Donzeau N. Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. INSEE Première, 2011.
- 5 \*\* Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384:1529-40.
- 6 Topolovec-Vranic J, Ennis N, Howatt M, et al. Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: Observational study of rates and mechanisms of injury. *CMAJ Open* 2014;2:E69-76.
- 7 Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010. *La Lettre*, 2013.
- 8 Baggett TP, Chang Y, Singer DE, et al. Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *Am J Public Health* 2015;105: 1189-97.
- 9 Nielsen SF, Hjorthoj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011;377: 2205-14.
- 10 Vandentorren S, Le Mener E, Oppenheim N, et al. Characteristics and health of homeless families: The ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health* 2016;26:71-6.
- 11 Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med* 2012;27:16-22.
- 12 Lee BA, Greif MJ. Homelessness and hunger. *J Health Soc Behav* 2008;49:3-19.
- 13 Ku BS, Scott KC, Kertesz SG, Pitts SR. Factors associated with use of urban emergency departments by the U.S. homeless population. *Public Health Rep* 2010;125:398-405.
- 14 Salit SA, Kuhn EM, Hartz AJ, Vu JM, Mosso AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *N Engl J Med* 1998;338:1734-40.
- 15 Mackelprang JL, Qiu Q, Rivara FP. Predictors of Emergency Department Visits and Inpatient Admissions Among Homeless and Unstably Housed Adolescents and Young Adults. *Med Care* 2015;53:1010-7.
- 16 Baggett TP, Tobey ML, Rigotti NA. Tobacco use among homeless people—addressing the neglected addiction. *N Engl J Med* 2013;369:201-4.
- 17 \* Davis E, Tamayo A, Fernandez A. Because somebody cared about me. That's how it changed things: Homeless, chronically ill patients' perspectives on case management. *PloS One* 2012;7:e45980.
- 18 \*\* Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384:1541-7.
- 19 \* Kertesz SG, Weiner SJ. Housing the chronically homeless: High hopes, complex realities. *JAMA* 2009;301:1822-4.
- 20 \* Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
- 21 FEANTSA. Examen des programmes nationaux de réforme 2014. Available from: [www.feantsa.org/spip.php?article3600&lang=en](http://www.feantsa.org/spip.php?article3600&lang=en).
- 22 Département fédéral de l'intérieur. Programme national contre la pauvreté. Available from: [www.contre-la-pauvrete.ch/programme-national/](http://www.contre-la-pauvrete.ch/programme-national/)
- 23 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008;5:e225.
- 24 Lauber C, Lay B, Rossler W. Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005;135:50-6.
- 25 Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2012; 12:859-70.
- 26 Raoult D. Infection in homeless people. *Lancet Infect Dis* 2012;12:822-3.
- 27 Brouqui P, Stein A, Dupont HT, et al. Ectoparasitism and vector-borne diseases in 930 homeless people from Marseilles. *Medicine* 2005;84:61-8.
- 28 Moretti F, Dory E, Favrat B, et al. Précarité et problèmes cutanés. *Rev Med Suisse* 2015;11:2243-8.
- 29 Frencher SK, Benedicto CM, Kendig TD, et al. A comparative analysis of serious injury and illness among homeless and housed low income residents of New York City. *J Trauma* 2010;69(Suppl.4):S191-9.
- 30 Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: A systematic review. *BMC Public Health* 2012;12:1059.
- 31 Bernstein RS, Meurer LN, Plumb EJ, Jackson JL. Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2015;105:e46-60.
- 32 Lee TC, Hanlon JG, Ben-David JB et al. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation* 2005;111: 2629-35.
- 33 Baggett TP, Chang Y, Porneala BC, et al. Disparities in cancer incidence, stage, and mortality at Boston health care for the homeless program. *Am J Prev Med* 2015;49:694-702.
- 34 Cutts DB, Coleman S, Black MM, et al. Homelessness during pregnancy: An unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. *Matern Child Health J* 2015;19: 1276-83.
- 35 Figueiredo RL, Hwang SW, Quinonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dentistry* 2013; 73:74-8.
- 36 Grant R, Shapiro A, Joseph S, et al. The health of homeless children revisited. *Adv Pediatrics* 2007;54:173-87.

\* à lire  
\*\* à lire absolument