



Itinérance et toxicomanie chez les jeunes –
diversité des trajectoires et réflexion sur les
enjeux pour l'intervention

Élise Roy MD MSc

Titulaire de la Chaire de recherche en toxicomanie de
l'Université de Sherbrooke

Direction de santé publique de Montréal
Institut national de santé publique du Québec

[De qui parle-t-on? Itinérants ou ...?]

- *Runaways*
- *Throwaways*
- Sans domicile fixe
- Sans abri
- Jeunes de la rue (*street youth ou street-involved youth*)

“Often they are defined as living in a cycle of homelessness which can mean being temporarily sheltered or living in crowded or unsafe conditions”. (Youth Homelessness in Canada : The Road to Solutions, 2009)

Un phénomène dynamique

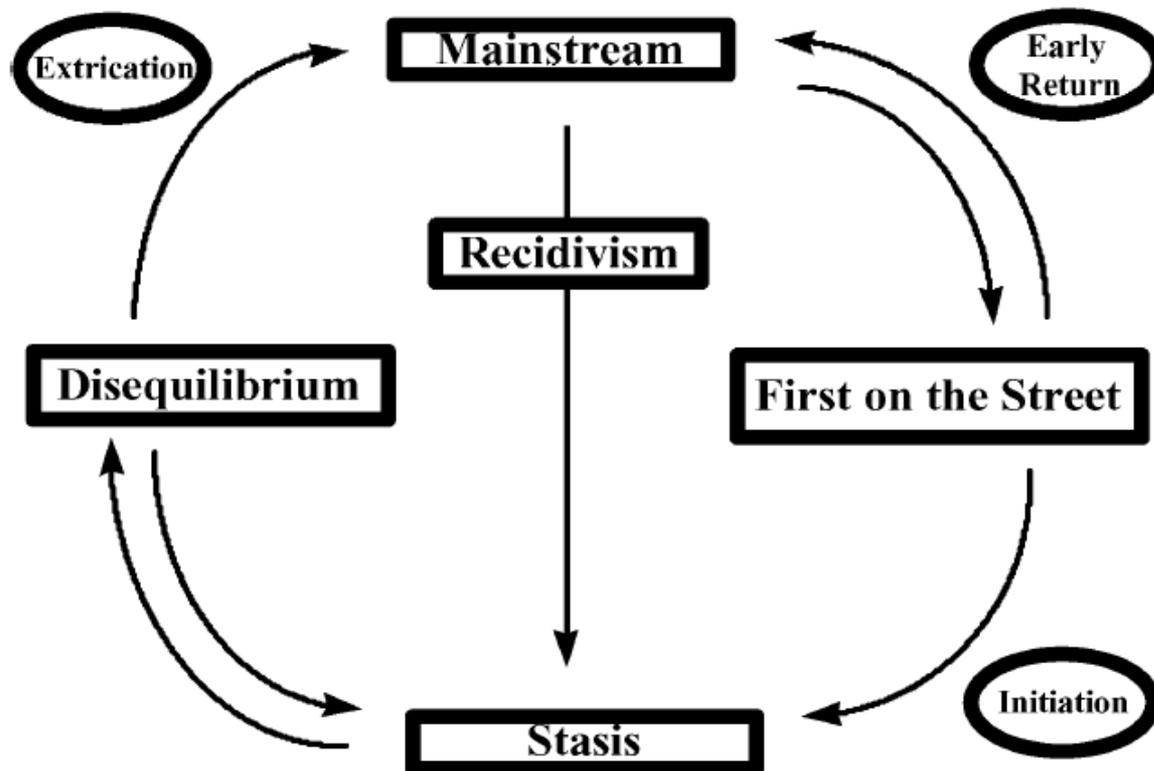


Fig. 1. The life cycle model of youth homelessness.

L'entrée dans le cycle et les substances

- Le rôle spécifique de la consommation de substances dans l'entrée est mal défini
 - La consommation plus ou moins problématique serait l'un des facteurs pouvant jouer un rôle
- De fait, l'entrée dans la rue est souvent liée à une multitude de facteurs d'ordre socio-environnementaux et très certainement plus proximaux, notamment les facteurs familiaux et individuels

Plusieurs facteurs interagissent

L'entrée dans le cycle et les substances (2)

Dans une étude que nous avons menée à Montréal (2000-2005) auprès de jeunes de la rue âgés entre 14 et 23 ans, avant leur premier épisode sans-abri*

- 3/4 des jeunes avaient consommé de l'alcool
- 2/10 avaient vécu une brosse
- 8/10 avaient consommé une drogue
- 1/4 « étaient partis sur la go » en consommant des drogues

* Âge moyen du premier épisode sans abri : 15,5 ans (n=858)

Des trajectoires variées

Selon Milburn et al., (2011),

- Les « nouveaux » jeunes de la rue (moins de 6 mois) sont moins enracinés dans le style de vie de la rue (acculturation) et consommeraient moins de substances; ils auraient le meilleur « pronostic »
- À l'autre bout du spectre sont les jeunes qui vivent un sans-abrisme chronique avec des épisodes récurrents et prolongés de vie dans la rue. Ces jeunes seraient plus susceptibles d'avoir des troubles de la consommation (entre autres)

Les rapports à la rue et à la substance varient selon les individus et dans le temps, par exemple...

Rapports à la substance et à la rue

Les “centro”

J'étais à Montréal là pis tous mes chums se piquaient (...) J'ai gravi, haut, vite. Sniffé une fois, j'ai dit « ça fait rien ça », ça fait que je l'ai fumé. Je trouvais que ça gelait pas mal. Après ça, j'ai essayé ça, l'aiguille, pis là je suis tombé en amour [de l'injection]. [Pierrot]

- Premières expériences de consommation et de rue très jeunes avec fuite d'un milieu vécu comme difficile
- Peu d'acquis personnel
- Forte adhésion aux valeurs du centre ville
- Essaient tout ce qui « buzz »
- Le centre ville de Montréal perçu accueillant, anonyme et excitant mais aucun droit de citoyenneté
- Progression rapide et vers une vie centrée sur la consommation

Rapports à la substance et à la rue

Les “tripeux”

J'ai pas été maltraité là, rien. J'ai eu une bonne enfance, t'sais une bonne famille là pis toute là, pis j'ai eu des bons parents, même très tolérants (rire). Ils ont toléré pas mal. Pis là finalement t'sais ils m'ont mis dehors quand j'avais 13 ans parce que je leur en ai fait endurer en hostie (rire). (...) Ils avaient plus d'autorité là. [Tom]

- Début de consommation et de rue très jeunes
- Développement d'une consommation satisfaisante dans un marché hors de Montréal (PCP++++)
- Pas d'identification au centre ville de Montréal bien qu'une certaine adhésion aux valeurs du milieu
- Arrivée « tardive » à Montréal et possibilité de retour
- Discours sévère envers l'injection mais certaine ambivalence

Rapports à la substance et à la rue

Les “sur la go”

Moi, j'arrive d'une famille dysfonctionnelle au départ. Dès l'âge de deux ans et demi j'ai fait des centres d'accueil, familles d'accueil, environ 30 familles, sans trop exagérer là. Y a eu beaucoup de manque d'amour, manque de compréhension. Vers l'âge de 14 ans, j'ai commencé à faire des coups. Au départ c'était des vols à l'étalage, des introductions par effraction, vols de voitures. Ensuite, je me suis fait prendre à plusieurs reprises, ce qui m'a amené à faire beaucoup de centres d'accueils là, centres fermés sécuritaires. Alors rentre, sors, rentre, sors jusqu'à l'âge de 18 ans. [Mathieu]

- Famille souvent dysfonctionnelle, toxicomane
- Délinquance et placement précoces
- Premières expériences de rue et consommation précoces, en dehors de Montréal ; souvent un passé de vendeur
- Arrivée à Montréal (vers 18 ans) dans l'intention de « triper »
- Affiliation à un milieu underground mais peu d'identification aux jeunes du c-v
- Une fois à Montréal, diversification de la consommation en lien avec le milieu fréquenté et incluant des drogues injectables (cocaïne essentiellement)

Rapports à la substance et à la rue

Les “mal pris”

J'ai rien que fait de la drogue pendant un mois de temps parce que je me suis dit si je veux retourner à l'école, si je veux continuer mes études, si je veux avoir un emploi, si je veux me garder un appartement mais que j'aie 18 ans, il faut que j'arrête de fumer de la drogue. J'ai arrêté ça drette là, j'ai pas attendu. [Catherine]

- Rapport à la drogue plutôt récréationnel malgré une expérimentation précoce et variée
- Rapport à la rue récréationnel (voyages) ou accidentel
- Possibilité restreinte de retour dans la famille
- Pas d'identification au c-v de Montréal et peu d'adhésion aux valeurs du milieu
- Installation « tardive » à Montréal dans une optique de trouver un emploi

Rapports à la substance et à la rue

Les “alcoolos”

La prostitution, la drogue, l'alcool, les médicaments. Très jeune... Pour moi, c'était normal de consommer chez nous. Je suis tombée dedans [alcool]. Mes parents, c'est deux alcooliques. Mon père, c'est un polytoxicomane. Ma mère, elle est alcoolique. (Molly)

- Famille polyconsommatrice, alcoolique++++
- Consommation de substances précoce et variée
- Dépendance à l'alcool (totalisante) « héréditaire »
- Aucun support familial ou autre (jeunes très seuls)
- Premières expériences de rue tardives, plutôt comme conséquence de la consommation
- Aucune identification au c-v de Montréal

Rapports à la substance et à la rue

On constate une grande hétérogénéité des jeunes sur plusieurs plans

La rue facilite l'intensification de la consommation (diversification des substances et passage à des modes de consommation + intensifs) et ce de plusieurs manières; elle contribue au maintien dans la rue

- *Ben si tu te tiens dans des quartiers qu'il y a juste de ça, pis t'essaies pas de t'en échapper, tu vas tomber dedans. [Sophie]*
- *Plus que tu entends parler de quelque chose, plus que ça devient comme normal, plus que tu as moins peur et tu es portée à le faire. [Johanne]*
- *Je me sentais tellement mal d'être rendue à ce point là que j'avais besoin de me remonter en me donnant l'impression que c'était hot, je le sais pas. [Caroline]*
- *Ils vont en faire juste pour se faire accepter. [Julie]*

Ampleur et sévérité de la consommation, une fois dans la rue

« Although extreme rates of substance use have been documented in several different samples of homeless youth, DSM diagnostic criteria have not been carefully evaluated within this population »
(Baer et al., 2003)

- Dans un échantillon de 198 jeunes sans abri de Seattle (13-19 ans), 78,3% se qualifient pour un diagnostic de troubles liés aux substances (abus ou dépendance – R-OH ou drogue) au cours de la dernière année

Plus près de nous, la consommation une fois dans la rue.....

Dans une étude que nous menée à Montréal entre 2006 et 2009 auprès de JR (18-25 ans) sans abri au moment du recrutement (n=386):

Type de substances (3 mois)	Consommation		Injection	
	n	%	n	%
1- Marijuana	347	82,8	0	0
2- Amphétamines (incl. ecstasy)	211	50,4	10	2,4
3- Cocaïne, crack ou freebase	202	48,2	50	11,9
4- Acide/PCP/Mushrooms	126	30,1	2	0,5
5- Médicaments non opiacés	70	16,7	3	0,7
6- Médicaments opiacés	59	14,1	36	8,6
7- Héroïne	61	14,6	53	12,6
8- Solvant/colle	12	2,9	0	0
9- Héroïne et cocaïne mélangées	9	2,1	8	1,9
10-Autres drogues	27	6,4	3	0,7

Troubles de la consommation selon le genre

	Tous	Filles (n=83)	Garçons (n=336)	Valeur <i>p</i>
	Actuels (%)	Actuels (%)	Actuels (%)	
Troubles liés aux substances	72,3	81,9	69,9	0,029
Abus alcool / drogue	13,4	18,1	12,2	0,159
Alcool	5,3	7,2	4,8	0,408
Drogue	8,4	10,8	7,7	0,360
Dépendance alcool / drogue	64,4	71,1	62,8	0,158
Alcool	28,2	28,9	28	0,865
Drogue	56,3	63,90	54,5	0,122

Autres troubles mentaux selon le genre

	Tous	Filles (n=83)	Garçons (n=336)	Valeur <i>p</i>
	Actuels (%)	Actuels (%)	Actuels (%)	
Troubles anxieux	28,9	44,6	25,0	<0,001
Phobie	22,0	38,6	17,9	<0,001
Panique	10,3	19,3	8,0	0,003
Anxiété généralisée	11,0	18,1	9,2	0,021
Troubles alimentaires	0,7	2,4	0,3	0,102

Autres troubles mentaux selon le genre

	Tous	Filles (n=83)	Garçons (n=336)	Valeur <i>p</i>
	Actuels (%)	Actuels (%)	Actuels (%)	
Troubles affectifs	22,2	30,1	20,2	0,052
Dépression majeure	16,5	20,5	15,5	0,271
Bipolarité	5,3	9,6	4,2	0,055
Dysthymie	1,9	0	2,4	0,365
Troubles psychotiques	2,4	1,2	2,7	0,694
Schizophrénie	1,9	1,2	2,1	1,000

Suicide et surdoses

- 57 % ont déjà eu des pensées suicidaires sérieuses
- 38 % ont fait au moins une tentative suicidaire
- 37 % ont fait au moins une surdose de drogue
 - 8 % derniers 3 mois, la plupart accidentelles

[LA MORTALITÉ]

Durant la période 1995-2000

26 des 1013 jeunes de la rue participant à l'étude de cohorte sont décédés soit **1% des jeunes par année et 11 fois** le nombre de décès observés chez l'ensemble des jeunes du Québec

Les causes : **suicide (13), surdose (8)**, accident (2), hépatite A fulminante (1), maladie cardiaque(1) et une inconnue

[LA MORTALITÉ]

En décembre 1998, le directeur de santé publique de Montréal produit un avis « Le Défi de l'accès pour les jeunes de la rue »

Les buts :

- Diminuer le nombre de jeunes qui aboutissent dans les rues du centre-ville de Montréal;
- Réduire les risques associés au style de vie des jeunes de la rue et les conséquences défavorables à leur santé;
- Accroître l'accès à des possibilités réelles de sortir de la rue et prendre part activement à la vie sociale et économique de la collectivité

Comment?

- **Consolider le travail des organismes communautaires en lien avec les jeunes de la rue**
- **Développer des services adaptés aux jeunes de la rue**

[LA MORTALITÉ]

Durant la période 2001-2005

5 des 858 participants à la 2^e cohorte sont morts représentant **0,2% des jeunes par année et 3 fois** le nombre de décès observés chez les autres jeunes du Québec

Les causes : **suicide (1), surdose (2),** accident (1) et une inconnue

[NOS CONCLUSIONS ?]

Baisse de la mortalité pourrait être expliquée par un ensemble de facteurs dont certains ne sont pas mesurés

- **la baisse dans la population générale**

ET vraisemblablement

- **des changements du marché de la drogue**
- **l'exposition aux nouveaux services mis en place vers 2001 suite au rapport du directeur de santé publique**



Trajectoire résidentielle des jeunes
sans abri
des résultats encourageants

Nous sommes peut-être sur la
bonne voie mais....

Comme on l'a vu plus tôt, il y a encore beaucoup de travail à faire, notamment dans le champ de la consommation de substances et de la santé mentale. Des modèles de services intégrés offrant une diversité d'approches et services à bas seuil d'exigence sont absolument nécessaires

Nous sommes peut-être sur la
bonne voie mais....

Les notions clés

- *Détecter, rejoindre, maintenir (engagement) les personnes vulnérables dans les services*
- *Offrir des services accessibles, adéquats et suffisants (correspondant aux besoins), conformes aux bonnes pratiques et intégrés (intégration des pratiques et des services), faisant appel aux « lignes de services » appropriées incluant la communauté*

Pas facile mais ...

[L'intervention – faire mieux?]

La littérature récente en réduction des méfaits montre que de manière générale les interventions doivent

- reposer sur des données probantes ou théoriquement fondées
- cibler des objectifs réalistes et pertinents pour l'utilisateur
- faciliter le contact et la rétention des usagers dans les services de santé

[L'intervention – faire mieux?]

**Développement et évaluation
d'interventions en toxicomanie
en soutien aux services
et programmes**

Quelques exemples de projets d'intervention issus de nos travaux

Nos études suggèrent que pour prévenir l'injection de drogues chez les jeunes de la rue et ses conséquences, en plus d'agir par des stratégies favorisant la sortie de la rue, il faut agir par des approches éducatives (connaissances, attitudes et compétences des individus et du groupe social) et thérapeutiques, par exemple.....



Pourquoi commencer?

Campagne de prévention du passage à l'injection de drogues

Octrois de:

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Santé Canada

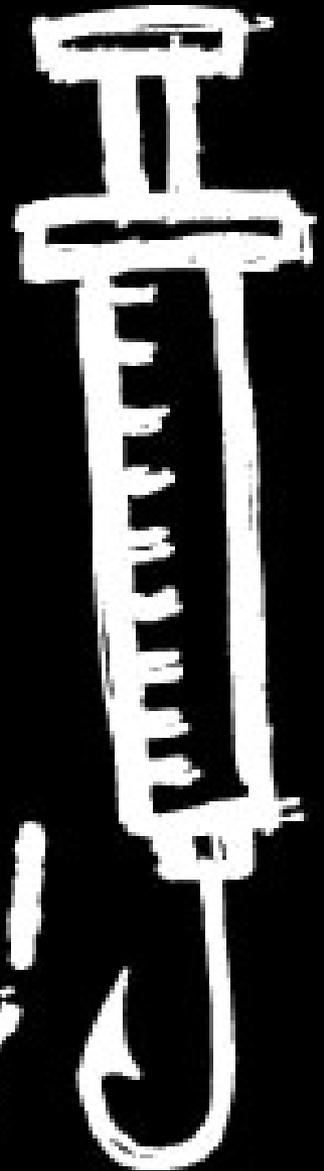
Développement des Ressources Humaines Canada (Initiative de partenariats en action communautaire)

Réseau sida et maladies infectieuses du FRSQ

Chercheure principale: Élise Roy MD

Co-chercheures : Nancy Haley MD, Carole Morissette MD

Logo



POURQUOI
COMMENCER ?

LIBERTÉ ?



POURQUOI
COMMENCER ?



J'VOULAIS JUSTE
ESSAYER ÇA UNE FOIS,
IL Y A 2 ANS.



POURQUOI
COMMENCER ?

ELLE VA TE PIQUER...

TON CASH

TES CHUMS

TA FAMILLE

TA VIE



POURQUOI
COMMENCER ?



Affichage sur palissades



Affichage sur bacs de recyclage

LA PREMIÈRE FOIS,
ON ÉTAIT TROIS.



PÔURQUOI
COMMENCER ?



Affichage guérilla





**Intervention éducative pré-testée auprès des jeunes de la rue
qui ne se sont jamais injecté de drogues**

Sous la direction scientifique de Élise Roy et Joanne Otis

Chaire de recherche en toxicomanie (Université de Sherbrooke)

Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (UQÀM)



But du projet

- Prévenir l'initiation à l'Injection de drogues chez les **JEunes** de la rue

Clientèle ciblée

- Jeunes de la rue âgés entre 14 et 21 ans qui ne se sont jamais injecté de drogues, mais qui sont à haut risque de le faire

Objectifs de performance du projet

- Décider d'éviter l'injection de drogues (reconnaître les conséquences négatives)
- Reconnaître sa vulnérabilité à l'injection de drogues
- Résister aux situations à risque d'essayer l'injection de drogues

Déterminants (pour y arriver)

- **Décider d'éviter l'injection:** prendre conscience du niveau d'intensité de sa consommation; faire le lien entre consommation et risque de passer à l'injection; reconnaître les avantages d'éviter l'injection et la norme favorable à éviter l'injection
- **Reconnaître sa vulnérabilité:** reconnaître les vulnérabilité personnelles et environnementales (milieu et pairs) et critiquer l'influence de ces facteurs sur soi
- **Résister à l'injection:** nommer les situations à risque; identifier les stratégies de résistance et les mettre en pratique

Contenu et déroulement des 5 rencontres avec intervenants

- 1^{ière} rencontre : ce qui leur tient à cœur et leurs forces
- 2^{ième} et 3^{ième} rencontres : attitudes et sentiment de vulnérabilité par rapport à l'injection
- 4^{ième} et 5^{ième} rencontres : acquisition de compétences pour être capable de résister à l'injection

Description de l'activité

Bandes dessinées



Steph est furieuse. Elle vient de parler au téléphone avec son père qui n'a rien trouvé d'autre à lui dire que les bêtises et les platitudes habituelles sur le fait qu'elle consomme trop. Steph croyait qu'après une couple de mois dans la rue, son père aurait été plus ouvert à lui parler, mais elle voit bien que rien n'a changé.

Elle se sent vraiment en colère ! De plus en plus, elle se dit qu'elle n'a plus rien à faire avec sa famille et sa vie d'avant.

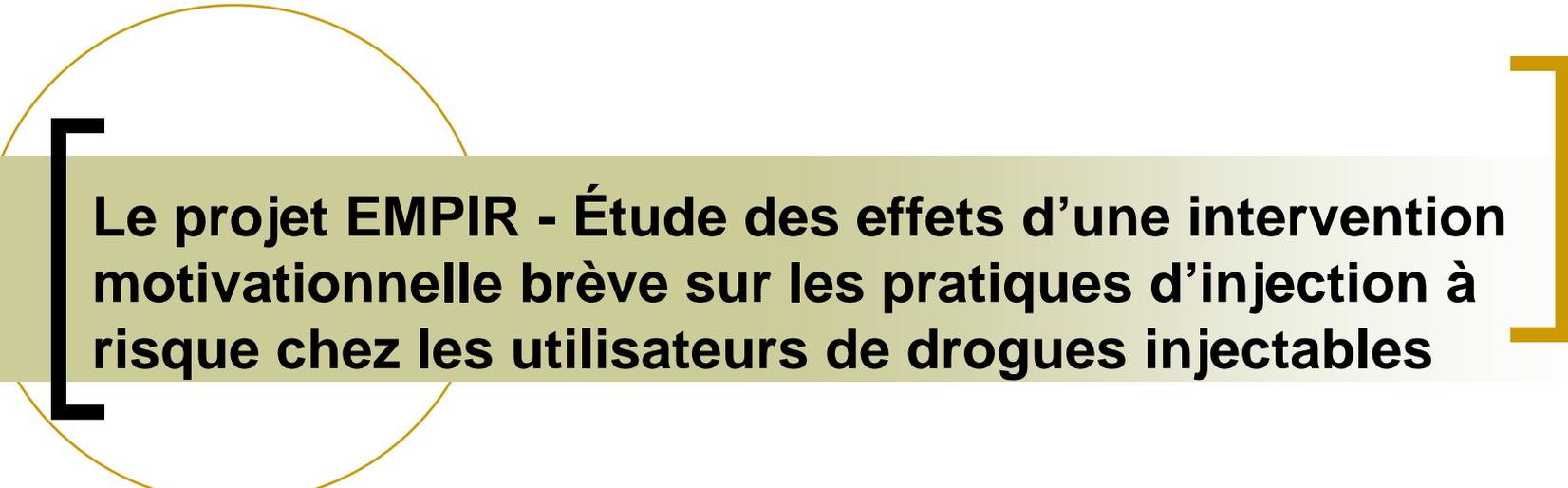
En marchant dans le parc, elle aperçoit deux chums qui sont assis tout près d'un arbre, dans un coin un peu retiré. Ils sont entrain de se préparer un hit. Steph se dit : « All right, y paraît que le buzz est trop hot ; j'espère qu'y vont vouloir me faire essayer ! Y vont voir que me piquer, ça me fait pas peur ! »

[L'évaluation des effets]

Selon les jeunes:

- Favorise le développement d'un point de vue défavorable par rapport à l'injection
- Meilleure connaissance du mode de consommation par injection et des conséquences (vulnérabilité)
- Mieux outillé pour résister à l'injection
- Réflexion plus large sur la consommation de drogues
- Meilleure connaissance de soi
- Davantage indiqué pour les plus jeunes et inexpérimentés
- Probablement peu d'effets chez ceux qui avaient au départ une perception négative de l'injection

Prochaine formation offerte par l'AITQ le 14 juin 2013 (toxico@aitq.com)



Le projet EMPIR - Étude des effets d'une intervention motivationnelle brève sur les pratiques d'injection à risque chez les utilisateurs de drogues injectables

Karine Bertrand PhD, programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Élise Roy MD, programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, Département de santé publique de Montréal

Co-chercheurs : Jean-François Boivin MD (Université McGill), Carole Morissette MD (Direction de santé publique de Montréal)

Description intervention : EM

- Rencontre individuelle ≈ 30-45 min.
- L'EM est orienté vers un but...
 - Comportement cible : pratiques d'injection à risque
- Mais est centré sur la personne...
 - On part des préoccupations de la personne UDI
 - On recherche l'expression et la résolution de l'ambivalence
 - On sait que c'est le conflit entre valeurs et comportement qui détermine le changement
 - Et la directivité ne porte jamais sur le comportement mais sur la conduite de l'entretien

Description intervention : Éducative

- Rencontre individuelle ≈ 30- 45 min.
- Basée sur le guide « Chacun son kit, une idée fixe » développé par le MSSS
- Thèmes abordés :
 - Description par le participant des étapes de préparation de sa drogue pour s'injecter
 - Description par l'intervenant du matériel neuf d'injection sécuritaire et des risques associés à l'utilisation de matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre
 - Démonstration pratique au participant de l'utilisation adéquate du matériel d'injection stérile (seringues, ampoule d'eau, *sécuricup*)
 - Remise du dépliant «Chacun son kit, une idée fixe» et explications



Conclusions de l'étude

Intervention brève qui cible les pratiques à risque chez les UDI: une bonne idée...

- L'intervention brève structurée éducative: pertinence de l'offrir aux mêmes personnes à plusieurs reprises, pour l'effet bilan/rappel/valorisation... et pour briser le tabou
 - Avantage: peu coûteux en termes de formation et d'application
- L'EM pourrait être une intervention qui permet une plus-value en terme d'efficacité pour des comportements pour lesquels les risques tendent à être minimisés (davantage d'ambivalence): autres matériels d'injection
 - Alternative intéressante lorsqu'un bilan régulier des pratiques à risque accompagné d'informations ne produit pas les effets souhaités

A large black left bracket and a large yellow right bracket are positioned at the top of the slide. A horizontal line with a light green-to-white gradient runs across the width of the slide, starting from the left bracket and ending at the right bracket.

Projet XM

Octroi du:

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Santé Canada

Chercheure principale: Élise Roy MD, Karine Bertrand PhD

Co-chercheures : Florence Chanut MD, Carole Morissette MD

Projet XM - Étude participative en cours

- En collaboration avec *Dans la rue*
- Le but : étudier l'applicabilité de l'entretien motivationnel sur la consommation problématique de substances chez les jeunes de la rue en milieu communautaire
- Retombées attendues: augmenter l'engagement dans une démarche de réduction/cessation de la consommation

Projet XM - Étude participative en cours

Enjeux et pistes: Comment répondre à la demande ainsi suscitée?

- Accessibilité aux traitements incluant les traitements de substitution et de troubles de santé mentale
- Continuité et complémentarité des services (qui fait quoi?)
- Conciliation des approches et compétences

Conclusion

- Les jeunes de la rue : une population dont les besoins de santé sont variés selon les jeunes et leur trajectoire
- La stabilité résidentielle, un but réaliste mais peu de données sur le long terme (qualité et durée) et autres indicateurs d'insertion sociale
- Défis pour le réseau de la santé :
 - Rejoindre
 - Détecter les problèmes (le plus tôt possible)
 - Développer /évaluer/offrir des interventions appropriées (hétérogénéité des jeunes et des trajectoires) pour faciliter le changement, l'engagement et le maintien dans les services appropriés
 - Organiser l'offre de services de santé intégrés
 - Assurer la complémentarité avec les secteurs connexes (logement, insertion au travail, scolarité)

A large black left bracket '[' is on the left, and a large yellow right bracket ']' is on the right. A horizontal line with a yellow-to-white gradient runs across the top of the slide.

L'intégration des services ?

Ça passe par la formation et
l'échange...
lors de journées comme celle-ci

Merci!

Références choisies

- Auerswald CL, Eyre SL. Youth homelessness in San Francisco: a life cycle approach. *Soc Sci Med.* 2002 May;54(10):1497-512.
- Louise Fournier et Céline Mercier (dir.), *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Les Éditions du Méridien, 1996, 341 p.
- N.G. Milburn, D. Swendeman, B. Amani, E. Applegate, H. Winetrobe M.J. Rotheram-Borus, E.M. Arnold. Homelessness. in *Encyclopedia of Adolescence*. Copyright © 2011 Elsevier Inc. ISBN: 978-0-12-373951-3.
- Roy É, Nancy Haley, Gaston Godin, Jean-François Boivin, Christiane Claessens, Jean Vincelette, « L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue », 2000-2005, *Données non publiées*.
- Baer JS, Ginzler JA, Peterson PL. DSM-IV alcohol and substance abuse and dependence in homeless youth. *J Stud Alcohol.* 2003 Jan;64(1):5-14.
- YOUTH HOMELESSNESS IN CANADA: THE ROAD TO SOLUTIONS © Copyright 2009 Raising the Roof/Chez Toit. All rights reserved. Tous droits réservés (version pdf sur le web)
- Roy É, Boivin J-F. *Projet de surveillance de l'hépatite C et du VIH chez les jeunes de la rue et les jeunes UDI parmi eux. Rapport soumis au MSSS-SLITSS. Université de Sherbrooke, FMSS, Service de toxicomanie.* 2011. ISBN 978-2-9812469-1-2 (PDF).

Références choisies

- Roy É, Haley H, Boudreau J-F, Leclerc L, Boivin J-F. The challenge of understanding mortality changes among street youth. *J Urban Health*, 2009;87:95-101. doi:10.1007/s11524-009-9397-9.
- Karabanow J. *Being Young and Homeless: Understanding How Youth Enter and Exit Street Life*. New York: Peter Lang, 2004
- Dina M Kulik, Stephen Gaetz, Cathy Crowe, and Elizabeth (Lee) Ford-Jones. Homeless youth's overwhelming health burden: A review of the literature. *Paediatr Child Health*. 2011 Jun-Jul; 16(6): e43–e47. PMID: PMC3328221
- Roy É, Nonn É, Haley N. Transition to injection drug use among street youth – a qualitative analysis. *Drug Alcohol Depend*, 2008;94:19-29
- Peggy L. Peterson, John S. Baer, Elizabeth A. Wells, Joshua A. Ginzler, and Sharon B. Garrett. Short-Term Effects of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol and Drug Risk Among Homeless Adolescents, *Psychology of Addictive Behaviors* 2006, Vol. 20, No. 3, 254-264
- Natasha Slesnick a, □, Jillian L. Prestopnik, Robert J. Meyers, Michael Glassman. Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors* 32 (2007) 1237–1251
- Guy Johnson & Chris Chamberlain. Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work* Vol. 61, No. 4, December 2008, pp. 342-356