



# RAPPORT FINAL DU PROJET CHEZ SOI

Projet pancanadien



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

#### RAPPORT FINAL DU PROJET PANCANADIEN CHEZ SOI

L'équipe dirigée par Paula Goering et formée de Scott Veldhuizen, Aimee Watson, Carol Adair, Brianna Kopp, Eric Latimer, Geoff Nelson, Eric MacNaughton, David Streiner, Daniel Rabouin, Angela Ly et Guido Powell a rédigé le présent rapport. La Commission de la santé mentale du Canada souhaite remercier également Jayne Barker (2008 à 2011), Cameron Keller (2011 et 2012) et Catharine Hume (à compter de 2012), le groupe des directeurs du projet Chez Soi au pays, l'équipe de recherche pancanadienne, les équipes de recherche et les coordinateurs aux cinq sites du projet, les nombreux pourvoyeurs de services, les locateurs et les personnes ayant affronté la maladie mentale qui ont participé au projet et aux activités de recherche, et y ont apporté beaucoup. Nous tenons à souligner tout particulièrement la contribution des participants au projet Chez Soi, qui se sont ouverts à nous, ont relaté leur parcours, leur expérience de vie, qui représentent un élément central, essentiel du projet.

La production de ce rapport de recherche a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les vues exprimées ici sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

This document is available in English.

#### CITATION

Citer comme suit : Paula Goering, Scott Veldhuizen, Aimee Watson, Carol Adair, Brianna Kopp, Eric Latimer, Geoff Nelson, Eric MacNaughton, David Streiner et Tim Aubry, 2014. Rapport final du projet Chez Soi. Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada.  
Paraît à <http://www.commissionsantementale.ca>

#### TOUS DROITS RÉSERVÉS

© Commission de la santé mentale du Canada, 2014  
110, boul. Quarry Park Sud-est, bureau 320  
Calgary (Alberta) T2C 3G3

# RAPPORT FINAL DU PROJET CHEZ SOI | PROJET PANCANADIEN

## TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux .....	5
Résumé .....	6
<b>Chapitre 1 - Introduction .....</b>	<b>9</b>
Orientations politiques .....	9
Approche Logement d'abord .....	10
<b>Chapitre 2 - Contexte et mise en œuvre du projet de recherche sur le modèle Logement d'abord dans les cinq villes .....</b>	<b>11</b>
Historique du projet Chez Soi .....	11
Méthode de recherche .....	11
Interventions – Approche Logement d'abord et services habituels .....	12
Mise en œuvre du projet Chez Soi – Vue d'ensemble des cinq villes .....	12
Enseignements tirés de la mise en œuvre .....	12
Cerner les particularités locales .....	12
Évaluation de la fidélité au modèle Logement d'abord .....	13
Fidélité au modèle et variabilité selon le site .....	13
<b>Chapitre 3 - Les participants .....</b>	<b>14</b>
Échantillon .....	14
Caractéristiques démographiques .....	14
Antécédents d'itinérance .....	15
Situation personnelle, sanitaire et sociale passée et contemporaine .....	15
<b>Chapitre 4 - Logement .....</b>	<b>17</b>
Occupation stable d'un logement .....	17
Divers types d'hébergement .....	18
Qualité de l'habitation .....	19
Participants aux besoins supplémentaires ou différents .....	19
Propriétaires d'immeubles .....	20
<b>Chapitre 5 - Utilisation de services et coûts .....</b>	<b>21</b>
Utilisation des services de santé .....	21
Utilisation de services judiciaires .....	22
Analyse des coûts .....	23

# RAPPORT FINAL DU PROJET CHEZ SOI | PROJET PANCANADIEN

## TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 6 - Impact sur le plan social et sur la santé .....	27
Qualité de vie et fonctionnement en société .....	27
Santé et consommation de substances intoxicantes.....	28
Évolution des participants.....	29
Facteurs d'influence de l'évolution positive .....	29
Facteurs d'influence de l'évolution négative .....	30
Facteurs d'influence de l'évolution variable ou inchangée.....	30
Lien entre la fidélité au modèle et les principales conclusions de l'étude .....	30
Chapitre 7 - Incidence d'ordre pratique et politique .....	31
Principales constatations.....	31
Incidence d'ordre politique.....	32
Suite des choses.....	33
Conclusion.....	33
Références.....	34
Annexes.....	36
Annexe A - Aperçu du devis et de la méthodologie de l'étude .....	36
Annexe B - Données statistiques sur l'habitation dans les cinq villes du projet Chez Soi .....	39
Annexe C - Évaluation de la fidélité : méthodologie et instrument de mesure .....	40
Annexe D - Principales définitions.....	43
Annexe E - Caractéristiques de l'échantillon .....	45

# MESSAGES PRINCIPAUX

## DU RAPPORT FINAL DU PROJET PANCANADIEN CHEZ SOI

Voici les résultats du projet Chez Soi, la plus vaste étude mondiale du modèle Logement d'abord (*Housing First*), qui s'est déroulé dans cinq villes canadiennes et auquel plus de 2 000 personnes ont participé durant deux ans.

**1** **L'approche Logement d'abord peut être mise en œuvre de façon efficace dans des villes canadiennes de diverses taille et composition ethnoraciale et culturelle.** Le modèle Logement d'abord (aussi appelé Priorité au logement) prévoit l'accès immédiat à un logement permanent et à des services de soutien dans la communauté. Ainsi, le modèle, tel qu'il est appliqué dans le projet de recherche Chez Soi, propose un appartement, un supplément au loyer et deux gammes de services de soutien : le suivi intensif dans le milieu (SIM) destiné aux participants dont les besoins sont élevés et le soutien d'intensité variable (SIV) à l'intention des participants aux besoins modérés. Le projet Chez Soi a adopté une approche conforme aux critères du modèle Logement d'abord tout en l'adaptant au contexte particulier des cinq villes où il s'est déroulé.

**2** **L'approche Logement d'abord met un terme à l'itinérance rapidement.** Dans les cinq villes, la proportion de participants obtenant un logement et le conservant est bien plus grande dans le volet Logement d'abord que dans le volet des services habituels. Dans les six derniers mois du projet de recherche, 62 p. 100 des participants du volet Logement d'abord étaient logés durant toute la période, 22 p. 100 l'étaient durant un certain temps et 16 p. 100 ne l'étaient pas; dans le volet des services habituels, ces proportions sont respectivement de 31 p. 100 (logés durant toute la période), de 23 p. 100 (logés durant un certain temps) et 46 p. 100 (non logés). Il en va de même pour ce qui est des participants du groupe SIM et des participants du groupe SIV. Si l'on considère les participants ayant un toit, la qualité du logement est en général meilleure et plus uniforme dans les appartements obtenus dans le cadre du volet Logement d'abord que dans les appartements loués dans le cadre du volet des services habituels. Nous en savons plus maintenant au sujet du petit groupe de participants du volet Logement d'abord qui ne sont pas parvenus à occuper un logement de façon stable et à propos de l'adaptation du modèle en vue de satisfaire leurs besoins précis.

**3** **L'approche Logement d'abord représente un investissement judicieux.** L'intervention selon le modèle Logement d'abord coûte en moyenne 22 257 dollars par an par personne à qui l'on offre le SIM et 14 177 dollars par an par personne à qui l'on offre le SIV. Dans la période de deux ans suivant le recrutement des participants, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services offerts dans le volet Logement d'abord a produit des économies moyennes de 9,60 dollars dans le groupe des participants aux besoins élevés **bénéficiant SIM** et de 3,42 dollars dans le groupe des participants aux besoins modérés **bénéficiant SIV**. Pour ce qui est des personnes qui engendraient les coûts les plus élevés au moment de leur recrutement (10 p. 100 de l'échantillon), les économies sont de taille. Dans ce groupe, l'intervention a coûté 19 582 dollars par personne par an en moyenne et chaque tranche de 10 dollars investis dans les services offerts dans le volet Logement d'abord a généré des économies moyennes de 21,72 dollars.

**4** **Le modèle Logement d'abord ne se limite pas au logement.** La plupart des participants ont participé activement aux services de soutien et au traitement tout au long de la période de suivi. Le changement constaté au terme des 12 premiers mois, soit le passage de la situation de crise périodique jugulée par des services offerts en établissement de soins à une certaine stabilité reposant sur des services provenant de la communauté, s'est maintenu jusqu'à la fin du projet. De nombreuses personnes dont les besoins n'avaient pas été comblés jusque-là ont pu se prévaloir de services appropriés et nécessaires pendant l'étude.

**5** **Les effets bénéfiques d'un toit et du soutien vont au-delà des effets des services comme tels.** Du point de vue de la qualité de vie et du fonctionnement en société, la situation des participants des deux volets, le volet Logement d'abord et celui des services habituels, s'est améliorée, mais cette amélioration d'ordre général a été beaucoup plus grande dans le volet Logement d'abord, tant dans le groupe SIM que dans le groupe SIV. Sous l'aspect de la symptomatologie, que ce soit les symptômes dus à la consommation de substances intoxicantes ou les symptômes de la maladie mentale, il y a également une amélioration dans les deux volets (groupes d'intervention et groupes témoins), mais comme la plupart des services offerts déjà dans la collectivité ne touchent pas au logement, le volet des services habituels s'est révélé moins efficace à contrer l'itinérance que le volet Logement d'abord.

**6** **Le changement suscité par le modèle Logement d'abord peut prendre diverses formes.** Bien que l'amélioration de la situation soit plus grande et les épisodes négatifs moins nombreux, dans le volet Logement d'abord que dans le volet des services habituels en général, le changement n'est pas le même pour tout le monde. Il nous reste à bien comprendre les raisons des différences dans l'évolution de la situation pour savoir moduler la démarche à l'avenir.

**7** **La fidélité au modèle Logement d'abord est essentielle à l'obtention de résultats optimaux.** L'occupation stable d'un logement, la qualité de vie et le fonctionnement en société seront d'autant plus au rendez-vous que le programme sera conforme aux critères et principes directeurs du modèle Logement d'abord. Cette constatation confirme le bien-fondé d'investir dans la formation et le soutien technique, un investissement qui rapporte beaucoup sur le plan des résultats. Le rapport examine l'importance de cet aspect dans l'élaboration de programmes et de politiques. De plus, nous proposons un guide renfermant les enseignements tirés du projet, lequel se révélera utile dans la planification et la mise en œuvre de programmes efficaces conformes au modèle Logement d'abord au Canada

# RÉSUMÉ

## DU RAPPORT FINAL DU PROJET PANCANADIEN CHEZ SOI

L'itinérance est une grave préoccupation d'ordre public. Chaque année, l'on dénombre près de 200 000 personnes itinérantes au Canada et les coûts annuels liés à cette problématique sociale se chiffrent à sept milliards de dollars.

Présentement au Canada, les refuges servent de solution au logement et les urgences et les services d'intervention en situation de crise répondent aux besoins en soins de santé. En général, la personne itinérante doit consentir à participer au traitement et être sobre durant un certain temps avant de pouvoir obtenir un logement. Cette façon de faire s'avère coûteuse et inefficace. Le modèle Logement d'abord (Housing First), mode d'intervention fondé sur des données probantes, qui a vu le jour à New York (Pathways to Housing), propose avant toute chose un logement permanent, accompagné de services de soutien globaux à des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale grave. Le modèle est à l'opposé de l'intervention classique favorisant le traitement en premier lieu, puis le logement. L'approche Logement d'abord s'est révélée efficace sur le plan de la stabilité résidentielle et d'autres aspects. Compte tenu des différences entre les politiques sanitaires et sociales des États-Unis et du Canada, il est primordial que les données probantes sur les interventions destinées à contrer l'itinérance soient ancrées dans le contexte canadien.

En 2008, le gouvernement du Canada a investi 110 millions de dollars dans un projet de démonstration quinquennal dans le but de générer des connaissances sur les interventions efficaces auprès de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale grave au pays. C'est ainsi que la Commission de la santé mentale du Canada et des partenaires de cinq villes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton) ont mis sur pied un essai sur le terrain pragmatique, comparatif et randomisé mettant

à l'épreuve l'approche Logement d'abord. Le projet Chez Soi se penche sur la question de savoir ce qui fonctionne, à quel coût, pour qui et dans quels environnements. Le projet de recherche expérimental compare l'approche Logement d'abord aux modes d'intervention en place dans les cinq villes où il se déroule. Il est le premier à examiner les paramètres de la qualité de vie, du fonctionnement en société, du rétablissement, de l'emploi et des aspects connexes dans sa comparaison entre des modes d'intervention, et le premier également à étudier en parallèle deux paniers de services de soutien : celui du suivi intensif dans le milieu (SIM) destiné aux personnes aux besoins élevés et celui du suivi d'intensité variable (SIV) à l'intention des personnes aux besoins modérés. Le projet a étudié un modèle standardisé d'intervention Logement d'abord, a évalué la fidélité du programme au modèle afin de documenter la qualité de la mise en œuvre du programme, s'est doté d'un mécanisme d'assurance de la qualité et a offert de la formation, de l'assistance technique et du soutien de vaste envergure.

Le choix du devis de l'essai à répartition aléatoire s'explique par la possibilité d'évaluer les effets du modèle Logement d'abord en étudiant des groupes pratiquement identiques, sauf en ce qui concerne l'intervention comme telle, et d'obtenir des données probantes rigoureuses afin d'étayer la prise de décisions d'ordre politique. Le projet de recherche adopte une méthodologie mixte en ce qu'il comprend un volet qualitatif comme complément d'information aux résultats de la recherche quantitative. La collecte de données

a commencé en octobre 2009 et s'est terminée en juin 2013. Les chercheurs ont recruté 2 148 personnes qui ont participé au projet durant les deux années de suivi; de ce nombre, 1 158 font partie du groupe de l'intervention Logement d'abord. Dans les deux volets du projet, intervention selon les services habituels et intervention Logement d'abord, les taux de suivi sont respectivement de 77 p. 100 et de 89 p. 100, des taux excellents pour des groupes vulnérables et très mobiles de la population.

Le présent rapport fait état des principales constatations du projet de recherche dans son ensemble, soit les deux ans de suivi des groupes à l'étude. Il poursuit sur la lancée du rapport provisoire du projet Chez Soi paru en septembre 2012 qui présentait les résultats préliminaires au terme de la première année de suivi. Par ailleurs, chacune des villes a produit un rapport sur le projet abordant en détail les résultats locaux et l'incidence du projet sur la pratique et les orientations politiques locales.

### Mise en œuvre du programme

Le projet de recherche démontre que l'approche Logement d'abord peut être mise en œuvre dans divers contextes canadiens avec un volet de services SIM ou SIV. Il démontre également que l'approche peut être adaptée en fonction des besoins locaux, de l'environnement rural ou urbain, de la taille de la ville, comme en témoigne le projet à Moncton, et des communautés diverses (Autochtones ou immigrants, par exemple), comme c'est le cas à Winnipeg ou à Toronto.

## Participants

Pour la plupart, les participants proviennent de refuges ou de la rue. Le participant type est de sexe masculin et au début de la quarantaine, mais les caractéristiques démographiques sont très diverses. Les femmes (32 p. 100), les Autochtones (22 p. 100) et d'autres groupes ethniques (25 p. 100) comptent pour une bonne partie de l'échantillon. En général, la période d'itinérance couvre près de cinq ans. Les participants ont eu à affronter énormément de problèmes qui ont contribué à leur situation défavorisée. Ainsi, 56 p. 100 d'entre eux n'ont pas terminé leurs études secondaires et presque tous vivaient dans une pauvreté absolue au moment du recrutement. Tous sont atteints d'au moins une maladie mentale grave, conformément à ce critère d'admissibilité à l'étude, et plus de 90 p. 100 sont également aux prises avec un problème de santé physique chronique. Les entrevues qualitatives avec des participants représentatifs de l'échantillon et des mesures quantitatives nous ont permis de documenter les antécédents des participants, de cerner les problèmes qui, à terme, les ont entraînés vers l'itinérance, des traumatismes subis en bas âge et la fuite du domicile familial pour échapper à la violence dans bien des cas.

## Logement

L'intervention selon le modèle Logement d'abord a un impact de taille sur la stabilité résidentielle. Une grande majorité de participants de ce volet du projet ont occupé un logement de façon stable durant la période à l'étude, ce qui donne à penser que la possibilité de choisir accordée aux participants et le soutien de l'équipe de service ont facilité l'obtention rapide d'un logement convenable et abordable. Dans les six derniers mois de l'étude, 62 p. 100 des participants de ce volet ont occupé un appartement durant toute la période, 22 p. 100 durant un certain temps et 16 p. 100 n'en ont pas occupé; pour ce qui est du groupe des services habituels, 31 p. 100 ont occupé un logement durant toute la période, 23 p. 100 un certain temps seulement et 46 p. 100 n'ont pas occupé d'appartement. Ce changement remarquable du point de vue de l'obtention et de la conservation d'un logement se manifeste chez les bénéficiaires SIM et les bénéficiaires SIV du volet de l'intervention Logement d'abord. Durant le projet, les participants du volet des services habituels ont séjourné dans une habitation temporaire ou un refuge ou ont vécu dans la rue beaucoup plus longtemps que les participants du volet de l'approche Logement d'abord. Le changement le plus spectaculaire s'est manifesté la première année lorsque le programme Logement d'abord s'est affairé à loger les participants, nombreux d'ailleurs à souligner l'importance « d'avoir leur propre chez soi » et à le décrire comme une

« base » sûre leur permettant d'avancer dans la vie. Un participant de Vancouver fait remarquer que « la sécurité, c'est vraiment beaucoup. Je peux lâcher prise, me reposer pendant 12 heures sans avoir à me déplacer ou à être sur mes gardes. »

## Clients aux besoins supplémentaires ou différents

L'approche Logement d'abord donne de bons résultats auprès de clients d'origine ethnoculturelle et de conditions de vie diverses. Nous en savons plus désormais à propos du petit groupe (environ 13 p. 100 des participants) pour qui l'approche Logement d'abord n'a pas favorisé la stabilité résidentielle la première année. Par rapport aux autres participants, ce groupe a de lourds antécédents d'itinérance, un faible degré de scolarisation, de forts liens avec des réseaux sociaux de la rue, de graves problèmes de santé mentale et des troubles cognitifs plus importants. Certaines villes ont adopté d'autres approches dans l'espoir de combler les besoins particuliers de ces clients. Le guide sur la mise en œuvre du modèle Logement d'abord renfermera des recommandations au sujet de ces approches.

## Qualité du logement

Les équipes de recherche aux sites du projet ont mesuré systématiquement, à l'aide d'un instrument d'évaluation standardisé, la qualité du logement d'un échantillon composé de 205 appartements du volet de l'intervention Logement d'abord et de 229 appartements du volet des services habituels. Les résidences (unités et immeubles combinés) du groupe de l'intervention Logement d'abord sont de meilleure qualité et d'une qualité plus uniforme que les résidences de l'autre groupe, des appartements dénichés par les participants eux-mêmes ou par l'entremise d'un programme ou de services de logement. Les différences entre les sites sous cet aspect sont modérées.

## Coûts et utilisation des services

La possibilité d'obtenir des services de santé provenant de la communauté, de ne plus avoir comme seul recours les services en établissement de soins de santé, constitue l'un des avantages de l'occupation stable d'un logement pour la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale et physique chroniques. Nous avons constaté une hausse de l'utilisation de services communautaires, dont les visites à domicile des pourvoyeurs de services du volet de l'intervention Logement d'abord et les communications téléphoniques, comme il fallait s'y attendre, et, particulièrement dans le

groupe des participants aux besoins élevés, une baisse de l'utilisation des services hospitaliers (hospitalisation) et des services d'intervention en situation de crise. Le changement dans l'utilisation des services reflète l'évolution du mode de vie des participants qui délaissent les services d'assistance en cas de crise au profit des services communautaires; mais, pour certaines personnes, la participation au projet a permis de cerner des besoins insatisfaits, des besoins en soins de courte durée ou en réadaptation à brève échéance. Le changement dans l'utilisation des services s'est traduit par des économies et la compensation de certains coûts, des aspects à prendre en considération dans la prise de décisions au sujet de l'orientation des programmes et de comment freiner les augmentations de coûts à venir.

Nous avons également étudié les ramifications économiques de l'intervention Logement d'abord, en tenant compte de tous les coûts sociétaux. Cette intervention coûte en moyenne 22 257 dollars par an lorsqu'il s'agit des participants aux besoins élevés et 14 177 dollars par an pour les participants aux besoins modérés. Les coûts du programme comprennent les salaires et les dépenses, comme les frais de déplacement et le coût des services d'utilité publique, et les suppléments au loyer. Le coût plus élevé de l'intervention auprès des participants aux besoins élevés s'explique par le plus grand nombre de membres du personnel par rapport au nombre de participants dans ce groupe. Dans les deux ans suivant l'admission à l'étude, l'intervention Logement d'abord a amené une diminution moyenne de 21 375 dollars des coûts relatifs aux services pour ce qui est des participants aux besoins élevés et de 4 849 dollars pour ce qui est des participants aux besoins modérés. C'est ainsi que chaque tranche de 10 dollars investis dans l'intervention Logement d'abord se traduit par des économies moyennes de 9,60 dollars dans le groupe aux besoins élevés et de 3,42 dollars chez les participants aux besoins modérés. Ces économies nettes découlent d'une baisse de coûts relatifs à certains services (compensation de coût) d'une part et, d'autre part, d'une augmentation de coûts relatifs à d'autres services. Si l'on considère le groupe des participants aux besoins élevés, la compensation de coût relève principalement des séjours en hôpital psychiatrique, des consultations de pourvoyeurs de services de santé ou de services sociaux à domicile ou en cabinet et des jours de détention. Dans le groupe des participants aux besoins modérés, les principaux facteurs de compensation de coût sont le séjour dans un refuge et le séjour en chambre avec services de soutien. Dans ce groupe, on observe une hausse des coûts relatifs à l'hospitalisation dans une unité de soins psychiatriques d'un hôpital général.

Quant aux participants consommant le plus de services au début de l'étude, soit 10 p. 100 de l'échantillon, l'intervention Logement d'abord coûte 19 582 dollars par personne par an en moyenne. L'intervention s'accompagne d'une réduction de 42 536 dollars en moyenne dans le coût des services par comparaison avec le volet des services habituels. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services du volet Logement d'abord se traduit par des économies moyennes de 21,72 dollars. Les principaux éléments de compensation de coût sont les séjours à l'hôpital psychiatrique, les séjours à l'hôpital général (unités de médecine), les consultations, à domicile ou en cabinet, de fournisseurs de services de la collectivité, les jours de détention, les démêlés avec les services policiers, les visites aux urgences, les séjours en centre de crise et les séjours en chambre avec services de soutien. Dans ce groupe, on note une hausse des coûts dans deux catégories de services : l'hospitalisation dans une unité de soins psychiatriques d'un hôpital général et le séjour dans un centre de réadaptation psychiatrique.

## Qualité de vie, fonctionnement en société, santé mentale et consommation de substances intoxicantes

Dans un refuge ou dans la rue, la plus grande partie de l'énergie est consacrée à la survie. Une telle situation n'est pas propice au traitement ni à la prise en charge des problèmes de santé. Au moment de leur admission à l'étude, les participants avaient traversé une période d'itinérance d'un peu moins de cinq

ans au cours de leur vie en moyenne, et nombre d'entre eux avaient des antécédents de pauvreté et de situation défavorisée qui remontent à la petite enfance. Le rétablissement, une fois les participants logés, sera rapide pour certains, mais progressif et marqué de reculs pour la plupart. En général, l'amélioration a été nette et immédiate, puis elle s'est produite à un rythme plus modéré pendant le reste du projet. Sous certains aspects, dont la santé mentale et la consommation de substances intoxicantes, l'amélioration est du même ordre dans le volet de l'intervention Logement d'abord et dans le volet des services habituels. Elle est peut-être due aux services offerts aux deux groupes ou elle représente une évolution naturelle après une période de dénuement extrême. Les gains au chapitre de la qualité de vie, mentionnés par les participants, et du fonctionnement en société, telle qu'elle est évaluée par des observateurs, sont plus grands dans le volet de l'intervention Logement d'abord, tant chez les bénéficiaires SIM que chez les bénéficiaires SIV, que dans le volet des services habituels. Les différences sont relativement modestes, mais elles laissent entrevoir que l'intervention Logement d'abord procure de meilleurs résultats que les services habituels et qu'elle peut avoir un impact plus vaste. Un participant de Toronto décrit ainsi son expérience : *« Je suis vraiment fier de moi, avec beaucoup d'aide, j'ai été capable d'améliorer mon sort sans retrouver tout à fait ce que j'avais. »*

Bien que la situation des participants du groupe de l'intervention Logement d'abord s'améliore sous les aspects majeurs dans une plus grande mesure que celle des autres participants, les réactions individuelles au fil

du temps varient énormément. Pour tous les sites, les entrevues qualitatives font ressortir que 61 p. 100 des participants du volet de l'intervention Logement d'abord qualifient leur parcours depuis le début de l'étude de positif, que 31 p. 100 en ont une opinion mitigée et que 8 p. 100 le voient comme étant négatif. Dans le volet des services habituels, 28 p. 100 des participants estiment que leur parcours est positif, 36 p. 100 le qualifient de partagé et 36 p. 100 le décrivent comme étant négatif. Le projet de recherche a produit et consolidé des données abondantes sur des sous-groupes de l'échantillon, sur les diverses réactions et sur l'adaptation de l'approche.

La stabilité résidentielle ou l'occupation stable d'un logement, la qualité de vie et le fonctionnement en société sont des aspects qui s'améliorent dans une plus grande mesure quand le programme se moule de plus près au modèle Logement d'abord, incluant l'offre de suppléments au loyer. Les chercheurs ont évalué la conformité de 12 programmes au modèle Logement d'abord, sous 38 aspects regroupés dans cinq domaines, à deux moments du projet (au début de la mise en œuvre et un an plus tard). Ils notent dans l'ensemble une excellente fidélité aux normes du modèle Logement d'abord, tous les aspects obtenant une note supérieure à trois en fonction de l'échelle de notation de quatre points, et la fidélité s'améliore avec le temps, passant de 71 p. 100 à la première évaluation à 78 p. 100 à la seconde. Il apparaît donc que favoriser le respect de tous les éléments du modèle et investir dans la formation et le soutien technique s'avèrent rentable du point de vue des résultats.

*« Je suis vraiment fier de moi, avec beaucoup d'aide, j'ai été capable d'améliorer mon sort sans retrouver tout à fait ce que j'avais. »*

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

Le projet Chez Soi, la plus vaste étude du modèle Logement d'abord (*Housing First*) réalisée dans le monde, a suivi de près plus de 2 000 participants pendant deux ans dans cinq villes canadiennes. En voici les conclusions.

Ce rapport final documente les principales conclusions de l'étude, financée par Santé Canada et mise en œuvre par la Commission de la santé mentale du Canada, durant les deux années du suivi. Il se penche sur les grandes questions que voici :

- **Le modèle Logement d'abord peut-il être mis en œuvre à la grandeur du Canada, peut-il s'adapter à des contextes locaux et régionaux différents et répondre aux besoins particuliers de certains groupes de la population?**
- **Qui sont les participants au projet Chez Soi, quelles sont leurs caractéristiques?**
- **En quoi l'intervention selon le modèle Logement d'abord a-t-elle influé sur la capacité des participants à obtenir un logement et à l'occuper de façon stable, et quelle est l'expérience des participants quant au logement?**
- **Quel est l'effet de l'intervention selon le modèle Logement d'abord sur l'utilisation de services de santé, de services sociaux, de services juridiques ou judiciaires et sur les coûts? L'investissement continu dans l'approche Logement d'abord en tant qu'élément de solution novateur au problème de l'itinérance chronique est-il judicieux sur les plans social et économique?**
- **Quelles sont les retombées de l'approche Logement d'abord en matière de qualité de vie, de fonctionnement en société, de santé mentale et de santé physique des participants?**



Le présent rapport poursuit sur la lancée du rapport provisoire paru en septembre 2012, lequel présentait les résultats préliminaires au terme d'une année de suivi. En outre, chacune des cinq villes où s'est déroulé le projet présente un rapport final qui rend compte en détail du projet, de ses constatations et des aspects pour lesquels il éclairera la pratique et l'élaboration des politiques et des programmes à l'échelon local.

## Au Canada, on dénombre chaque année près de 200 000 personnes itinérantes.

### Orientations politiques

L'itinérance est une grave préoccupation d'intérêt public au Canada et ailleurs dans le monde. Au Canada, on dénombre chaque année près de 200 000 personnes itinérantes<sup>1</sup>. Les répercussions de l'itinérance sur les plans individuel, familial et collectif sont considérables. Ce mode de vie a un effet dévastateur sur la santé physique, la santé mentale et la qualité de vie. Il peut même abrèger de beaucoup l'espérance de vie<sup>2</sup> et aggraver les problèmes de santé mentale déjà présents. L'itinérance réduit les possibilités d'emploi, altère les relations familiales et sociales et empêche les collectivités de profiter de la participation pleine et entière d'une partie de leurs citoyens. En revanche, l'accès à un logement sûr et abordable a fait ses preuves dans l'amélioration de la santé et du bien-être et dans l'atténuation du stress subi par les personnes itinérantes<sup>3</sup>.

Dans bien des cas, l'itinérance est l'aboutissement d'un ensemble de facteurs structurels, de lacunes ou de manquements dans l'organisation et la prestation des services et dans les systèmes de services ainsi que de facteurs sociaux et individuels (p. ex., absence de logements à prix abordable et de services de soutien adaptés, problèmes de santé mentale et de consommation de substances intoxicantes, pauvreté, stigmatisation et discrimination, violence et traumatisme)<sup>4</sup>. De plus, certains groupes de personnes itinérantes (familles, femmes, aînés, jeunes, nouveaux arrivants, Autochtones<sup>5</sup>) ont des besoins particuliers, et seules des solutions adaptées à ces particularités pourront satisfaire ces besoins. Dans tous ces groupes de la population, les personnes aux prises avec un trouble mental sont particulièrement vulnérables à l'instabilité résidentielle et à l'itinérance, au risque de devenir captives d'une spirale de pauvreté et de mauvaise santé. Les prévisions veulent que près de 67 p. 100 des personnes itinérantes aient eu un trouble mental au cours de leur vie<sup>6</sup>, ce qui complique et allonge leur période d'itinérance et en mène beaucoup à l'itinérance chronique<sup>7</sup>.

# LOGEMENT D'ABORD



L'approche Logement d'abord vient en aide aux personnes itinérantes ayant une maladie mentale en leur offrant un toit dans l'immédiat et des services complets.

## Principes de l'approche Logement d'abord :

- 1 Accès immédiat à un logement sans avoir à se plier à des conditions**
- 2 Liberté de choisir et autodétermination du client**
- 3 Rétablissement comme objectif**
- 4 Services individualisés, orientés par la personne**
- 5 Intégration sociale et communautaire**

## Approche Logement d'abord

Bien que l'on dénombre des programmes qui, au Canada, s'efforcent de contrer l'itinérance et d'améliorer l'accès au logement abordable, ce sont, à l'heure actuelle, les refuges qui constituent le principal recours d'urgence des personnes itinérantes en quête d'un toit et les soins de santé de courte durée, offerts aux urgences notamment, qui font office de services de santé. Cette façon de s'attaquer à la problématique s'avère coûteuse et inefficace. Au Canada, on estime que les coûts liés à l'itinérance s'élèvent à sept milliards de dollars par an; ils découlent de l'utilisation de services de santé, de services judiciaires et de services sociaux. L'approche Logement d'abord est un mode d'intervention efficace qui fait son chemin au Canada. L'intervention, fondée sur des données probantes, a vu le jour à New York (Pathways to Housing); elle prévoit l'offre d'un logement permanent dans l'immédiat et d'une vaste gamme de services de soutien à des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale. Le modèle Logement d'abord repose sur les principes de l'accès immédiat à un logement sans imposer de conditions d'obtention du logement, de la possibilité de choisir pour le client et de son autodétermination, d'une orientation vers le rétablissement (y compris la réduction des méfaits), des services de soutien individualisés et orientés par la personne et de l'intégration sociale et communautaire<sup>9</sup>.

Le modèle Logement d'abord est de plus en plus reconnu sur la scène internationale; les villes canadiennes qui l'ont adopté en notent les résultats positifs. Le programme torontois bien établi Streets to Homes est notamment basé sur celui-ci. Cependant, le plus gros des données probantes sur l'approche proviennent de programmes implantés dans des grands centres urbains des États-Unis. Au vu des différences entre ce pays et le Canada sous l'angle des politiques sanitaires et sociales, il est primordial que les données probantes sur le modèle Logement d'abord soient ancrées dans le contexte canadien. C'est dans cette optique que le gouvernement du Canada a investi 110 millions de dollars en 2008 dans le projet Chez Soi, projet quinquennal de démonstration pragmatique destiné à cerner le potentiel de l'approche dans les collectivités canadiennes.

S'inspirant des données probantes issues du projet Chez Soi jusqu'à maintenant, le gouvernement du Canada a annoncé dans son budget de 2013 un investissement de 600 millions de dollars étalé sur cinq ans (commençant en 2014) dans le cadre du renouvellement de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance. Cet investissement viendra soutenir les collectivités dans leurs initiatives destinées à contrer l'itinérance et faciliter la mise en œuvre de l'approche Logement d'abord à la grandeur du Canada.

*« Nous avons ce projet de la Commission de la santé mentale qui illustre qu'une intervention intensive auprès de ces personnes favorise leur stabilité résidentielle et leur prise en main », de dire le maire. « Le modèle est efficace et nous allons continuer d'exhorter le gouvernement à investir davantage dans cette approche. »*

Source : Vancouver Sun, Gregor Robertson makes mental health Vancouver's new priority. Lire l'article à : <http://bit.ly/1JAvog5>

# CHAPITRE 2

## CONTEXTE ET MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE RECHERCHE SUR LE MODÈLE LOGEMENT D'ABORD DANS LES CINQ VILLES



Nous décrivons ici la mise en œuvre de l'étude, l'adaptation du modèle au contexte local et le mécanisme mis en place pour veiller à la qualité des services. Le présent chapitre examine la question suivante : **l'approche Logement d'abord peut-elle être mise en œuvre au Canada, peut-elle être adaptée aux contextes local et régional et peut-elle satisfaire les besoins particuliers des divers groupes de la population itinérante?**

### Historique du projet Chez Soi

Pour en savoir plus sur les moyens de contrer l'itinérance de personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et, en particulier, sur le potentiel du modèle Logement d'abord à cet égard, le gouvernement du Canada a investi 110 millions de dollars en 2008 dans un projet de démonstration quinquennal. C'est ainsi que la Commission de la santé mentale du Canada et des partenaires de cinq villes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton) ont mis sur pied un essai sur le terrain pragmatique, à répartition aléatoire et comparatif étudiant l'approche Logement d'abord (les renseignements au sujet du devis de l'étude figurent à l'annexe A). Ce projet, le projet Chez Soi, entend cerner ce qui fonctionne, à quel coût, pour qui et dans quels environnements. Dans les cinq villes, il compare l'intervention selon le modèle Logement d'abord à l'intervention faite des services offerts déjà dans la ville. Fait sans précédent, il prévoit deux paniers de services de soutien d'intensité différente : le suivi intensif dans le milieu (SIM) destiné aux personnes aux besoins élevés et le suivi d'intensité variable (SIV) à l'intention des personnes aux besoins modérés. L'étude met en application un modèle standardisé et offre de la formation approfondie, de l'assistance et du soutien technique; elle évalue la fidélité des programmes aux principes directeurs du modèle pour documenter la mise en œuvre et se dote d'un mécanisme d'assurance de la qualité. Outre les questions de recherche globales, les équipes de recherche ont étudié des aspects d'importance locale.

### Méthode de recherche

Les instigateurs du projet Chez Soi ont opté pour un plan d'étude à répartition aléatoire afin de générer des données probantes rigoureuses qui pourront éclairer la prise de décisions d'ordre politique. La méthode est optimale dans la mesure des effets d'une intervention, les autres aspects pouvant influencer sur les résultats étant d'égale pondération. L'étude comporte un volet de collecte de données quantitatives (chiffres, échelles de notation) et un volet de collecte de données qualitatives abondantes (écrits, récits) qui viennent s'ajouter aux résultats quantitatifs et les éclairer. Nous avons interrogé les participants lors d'une première entrevue à leur admission à l'étude et tous les trois mois par la suite durant deux ans. Nous

avons effectué une recherche documentaire sur des programmes et dans des bases de données administratives canadiennes et provinciales pour obtenir de l'information sur l'utilisation des services de santé et des services judiciaires. Les résultats présentés ici ont trait surtout à l'occupation stable d'un logement, à l'utilisation et au coût des services, au fonctionnement en société et à la qualité de vie durant les deux ans de l'étude, tels qu'ils sont rapportés par les participants et constatés par l'équipe de recherche. Des communications scientifiques font état de constatations plus précises et étendues, et d'autres résultats, notamment ceux de l'analyse de données administratives, paraîtront dans des communications futures.

## Interventions – Approche Logement d’abord et services habituels

En premier lieu, nous avons regroupé les participants admissibles, en nombre supérieur à 2 000, dans les catégories des besoins élevés et des besoins modérés d’après leur santé mentale et leurs antécédents d’utilisation de services, puis nous les avons répartis de façon aléatoire soit dans un groupe SIM ou SIV (selon leur niveau de besoins) du volet de l’intervention Logement d’abord, soit dans le volet des services habituels. En outre, les sites ont eu la possibilité d’étudier une intervention Logement d’abord adaptée à leur contexte local en formant un « troisième groupe d’intervention », ce qui a mené à des équipes et des structures de programme particulières à chacune des villes.

Les participants du volet de l’intervention Logement d’abord ont eu droit à un logement et des services conformément au modèle, qui prévoit l’accès à un logement permanent dans l’immédiat. Le logement est subventionné par l’entremise d’un supplément au loyer en échange d’une contribution du participant au loyer, jusqu’à concurrence de 30 p. 100 de ses revenus. Les participants ont eu la possibilité de choisir le type de logements et de services de soutien en contrepartie d’au moins une rencontre hebdomadaire avec un membre de l’équipe de soutien. La majorité des unités d’habitation proviennent du marché locatif privé, quoique certains participants aient eu la possibilité de choisir un logement avec services de soutien ou un logement social.

La prestation de services individualisés, axés sur le rétablissement, adopte une formule modulée selon le type de besoins, soit le SIM pour répondre aux besoins élevés et le SIV pour combler les besoins modérés.

- L’équipe SIM est formée de professionnels de plusieurs disciplines; elle compte un psychiatre, une infirmière et un pair aidant, entre autres. Le rapport entre le nombre de membres de l’équipe et le nombre de participants est d’un pour dix. L’équipe se réunit tous les jours et elle est disponible jour et nuit<sup>10</sup>.
- Le SIV est offert par des équipes de gestionnaires de cas qui prennent les dispositions pour obtenir les services de santé et d’autres services nécessaires aux participants sous leur responsabilité. À l’origine, la proportion de gestionnaires par rapport au nombre de participants était d’un pour vingt, mais elle a été ramenée ensuite à un pour seize, car les besoins du groupe aux besoins modérés se sont révélés plus grands que prévu. Les gestionnaires de cas se réunissent au moins une fois par mois pour faire le point sur les cas et ils offrent le suivi sept jours par semaine, à raison de 12 heures par jour<sup>11</sup>.

Par comparaison, les participants du volet des services habituels ont eu accès aux logements et aux services de soutien offerts déjà dans la collectivité. Dans certaines villes, les options étaient relativement nombreuses et variées grâce à des programmes de logement avec services de soutien et à l’offre de ressources d’ordre thérapeutique, alors que dans d’autres, le choix était restreint.

## Mise en œuvre du projet Chez Soi – Vue d’ensemble des cinq villes

### Enseignements tirés de la mise en œuvre

Outre l’étude des résultats ou des effets de l’intervention Logement d’abord, les responsables du projet souhaitaient également documenter et étudier la mise en œuvre du projet aux cinq sites pour savoir s’il était possible d’adapter le modèle au contexte canadien afin qu’il puisse répondre aux besoins locaux particuliers. Une série de rapports de nature qualitative examinent les principaux enseignements tirés de la conception, de la planification et de la mise en œuvre du projet<sup>12</sup>. Voici les principaux éléments qui revêtent de l’importance dans la mise en œuvre de l’approche Logement d’abord à l’échelle locale et à l’échelle du pays :

- réunir un solide groupe de partenaires et de parties prenantes qui adhèrent au projet,
- reconnaître l’importance de défenseurs de la cause et de décideurs provenant de milieux inattendus,
- savoir naviguer dans l’appareil gouvernemental complexe pour saisir les liens de collaboration entre les ministères et les organismes,
- veiller à préciser le but et les livrables ainsi que la définition de l’approche Logement d’abord et les critères de fidélité au modèle,
- saisir toute l’importance de la formation et de l’assistance technique.

### Cerner les particularités locales

Le projet Chez Soi illustre que l’approche Logement d’abord peut être mise en application au Canada et adaptée au contexte local. Les cinq sites du projet l’ont mise en œuvre dans leur contexte local particulier, qui a influé sur l’expérience du groupe du volet des services habituels et sur la mise en œuvre de l’intervention Logement d’abord. Nous décrivons ici les particularités des sites qui relèvent de leur contexte local.

- **Population à l’étude.** Moncton, la plus petite des cinq villes, examine les interventions en milieu rural dans le cadre d’une étude pilote destinée à mieux connaître le phénomène de l’itinérance rurale. Montréal, grande ville dont la population se caractérise par sa diversité, a un penchant de longue date pour le logement social, son modèle d’habitation abordable de prédilection. Toronto, la plus grande des cinq villes, est celle qui compte le plus grand nombre de personnes issues de diverses communautés ethnoraciales<sup>13</sup>. Vancouver, deuxième ville en importance du lot par la taille de son échantillon, se démarque par le regroupement des personnes itinérantes dans l’est du centre-ville, là où la consommation de drogues est endémique. Winnipeg, ville de taille moyenne, se distingue par sa vaste communauté autochtone et le grand nombre d’Autochtones en situation d’itinérance par rapport à la population itinérante du Canada.
- **Habitation.** L’offre de logements abordables varie d’une ville à une autre, mais toutes comptent de nombreuses personnes qui éprouvent des besoins impérieux de logement (occupent une habitation qui ne satisfait pas aux normes de qualité, de taille ou d’abordabilité<sup>14</sup>). Par ailleurs, à la plupart des sites, les taux d’inoceupation sont bas et les loyers sont relativement chers, de sorte qu’il y a de moins en moins d’appartements libres abordables (voir l’annexe B pour plus de renseignements sur ce sujet). Enfin, il faut s’inscrire sur une liste d’attente pour obtenir un logement social ou un autre type d’habitation abordable dans la plupart des villes, et la liste est longue.
- **Offre de services.** Les modalités de l’offre de services, que ce soit l’intensité de la prestation de services ou la gamme de services, varient d’une ville à une autre. C’est à Moncton que les services de santé mentale communautaires sont les moins nombreux et qu’il n’y a pas d’équipes SIM. À Montréal, à Winnipeg et à Vancouver, l’accès aux services SIM ou SIV est limité, mais des services d’hébergement (refuges), de logement et de santé mentale sont offerts. C’est Toronto qui remporte la palme pour ce qui est de l’offre de services de santé mentale, quoique la gamme de services soit jugée insuffisante eu égard aux besoins de la population<sup>15</sup>.

## Évaluation de la fidélité au modèle Logement d'abord

Le projet Chez Soi a prévu de la formation et de l'assistance technique à l'intention des équipes de prestation de services afin de favoriser le respect des éléments du modèle Logement d'abord (fidélité aux principes directeurs du modèle) et l'application uniforme de ces principes à tous les sites. D'autre part, le projet a encouragé l'adaptation du modèle en fonction des besoins locaux. L'équipe d'évaluation de la fidélité s'est rendue à tous les sites à deux reprises (au terme de la première année et vers la fin de la deuxième) pour vérifier la conformité au modèle Logement d'abord et les aspects de l'adaptation au contexte local (voir l'annexe C pour plus de renseignements à ce sujet). Bien que la question ne fasse pas l'unanimité<sup>16</sup>, une telle adaptation est possible et souhaitable, et elle ne met pas en péril les principes essentiels, ni les objectifs de l'intervention<sup>17</sup>. C'est d'ailleurs le constat auquel nous arrivons dans le cadre du projet Chez Soi.

L'instrument choisi aux fins d'évaluation de la fidélité aux éléments du modèle est l'échelle Pathways Housing First Fidelity Scale<sup>18</sup>. Les responsables de l'évaluation ont conçu deux versions de cette échelle – l'une destinée à l'évaluation SIM, l'autre à l'évaluation SIV (voir l'annexe C). Chaque échelle comporte 38 énoncés, représentant les éléments majeurs du modèle de priorité au logement, répartis dans cinq domaines : le choix et les modalités de logement, la séparation entre le logement et les services, l'optique de la prestation de services, la gamme de services et la structure du programme.

## Fidélité au modèle et variabilité selon le site

Le projet Chez Soi dans son ensemble se révèle très fidèle au modèle Logement d'abord. Il fait preuve d'uniformité dans ses structures de programme et de respect des principes directeurs du modèle. Les équipes ont su tenir compte à la fois du contexte et des besoins locaux et des éléments essentiels du modèle. Les particularités du projet selon le site, notamment le troisième groupe d'intervention, sont décrites ci-après. Le rapport de chacun des sites, publié sur le site web de la Commission, en dit plus long sur les constatations et les retombées locales du projet.



### Vancouver

Cent participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont été logés selon la formule de l'habitation collective à la résidence

Bosman, ancien hôtel exploité par la Portland Hotel Society. Les participants disposaient d'une chambre et d'une salle de bains et avaient accès sur les lieux à des services individualisés de santé, de santé mentale et d'aide aux toxicomanes, ainsi qu'à des services cliniques (soins infirmiers, soutien en matière de traitement médicamenteux), à du soutien social (groupes, activités) et à des services de gestion de cas. L'équipe de service était disponible jour et nuit, et la formule d'habitation englobait deux repas par jour. Ces participants, formant le troisième groupe d'intervention à Vancouver, sont exclus de l'évaluation de la fidélité car l'intervention diffère du modèle de priorité au logement sous nombre d'aspects importants. Les constatations tirées de l'analyse des données sur ce groupe figurent dans le rapport final du projet à Vancouver.



### Winnipeg

Le Aboriginal Health and Wellness Centre a offert le programme Ni-Apin en tant qu'intervention particulière dans cette

ville. Il s'agit d'un soutien d'intensité variable sous la forme d'un programme de jour. L'intervention Logement d'abord sous l'égide du programme Ni-Apin s'inscrit dans l'optique de la roue médicinale qui symbolise le cercle de la vie pour les Autochtones. Des aînés sont du nombre des membres de l'équipe de service, ils animent des rencontres individuelles, ils partagent leurs connaissances et ils enseignent les fondements de la roue.



### Toronto

Dans cette ville, le projet s'est attardé aux besoins de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale provenant

de diverses communautés ethniques en incorporant le cadre de prestation de services sans racisme ni oppression de l'organisme *Across Boundaries* qui a offert des services de logement et de soutien clinique aux immigrants et aux personnes de diverse origine. À ce site, l'évaluation de la fidélité au modèle a englobé des mesures de conformité aux principes d'élimination du racisme et de l'oppression.



### Montréal

Le projet a offert des services individualisés de placement et de soutien à certains participants désireux de réintégrer le

marché du travail, notamment de l'aide dans la rédaction du curriculum vitae, la présentation d'employeurs potentiels et la préparation à l'entrevue de sélection. L'équipe de placement et de soutien individuel a établi des relations avec des employeurs pour cerner des possibilités d'emploi appropriées et les encadrer dans le soutien de ces nouveaux employés.



### Moncton

Le volet de l'intervention Logement d'abord s'est doté d'une seule équipe de service, soit une équipe SIM, en raison du petit nombre

de participants. Dans cette ville, le projet a étudié les effets de l'intervention en milieu rural également, qui consiste en l'offre d'un logement et de services de soutien à 24 personnes dans la région rurale du sud-est du Nouveau-Brunswick. Avant leur admission à l'étude, les participants résidaient dans des foyers spécialisés, avec leur famille ou dans une maison de chambres, ou étaient en situation d'itinérance complète. Le rapport entre le nombre de membres de l'équipe SIM responsable du groupe rural et le nombre de participants est d'un pour huit, une charge de travail qui correspond à la norme en région rurale. Pour ce volet rural, l'étude adopte une structure différente de celle du projet global, et les constatations de ce volet de l'étude paraissent dans le rapport final du projet à Moncton.

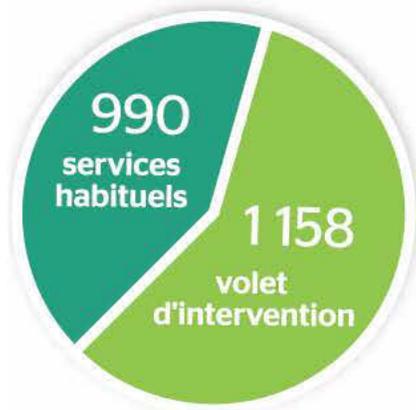
L'un des buts du projet Chez Soi consistait à savoir si l'approche Logement d'abord pouvait être mise en application dans les collectivités canadiennes et si l'adaptation au contexte local était possible. L'évaluation de la mise en œuvre du projet et de sa fidélité au modèle démontre que la mise en application et l'adaptation sont possibles. Les renseignements à propos du contexte particulier et de la mise en œuvre à chacun des sites présentés ici seront utiles pour bien comprendre les effets de l'intervention sur les participants dont il sera question dans les prochains chapitres.

# CHAPITRE 3

## LES PARTICIPANTS

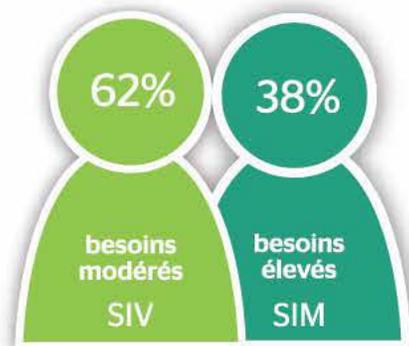
Le présent chapitre répond à la question suivante : **qui sont les personnes qui ont participé au projet Chez Soi et quelles sont leurs caractéristiques?**

### Échantillon



Les 2 148 participants ont été répartis en deux catégories.

En tout et pour tout, c'est-à-dire dans les cinq villes où il s'est déroulé, le projet compte 2 148 participants, dont 1 158 dans le volet de l'intervention Logement d'abord et 990 dans le volet des services habituels en vertu de la randomisation. Le taux de suivi durant 24 mois varie de 77 p. 100 à 89 p. 100 (91 p. 100 à un site), des taux excellents pour des groupes vulnérables et très mobiles de la population (l'annexe D renferme plus de renseignements sur les critères



Le niveau a été établi en fonction des besoins divers des participants.

d'admissibilité et la période de suivi). Soixante-deux pour cent des participants présentaient des besoins modérés et ils ont eu accès aux services selon la formule SIV, tandis que les 38 ayant des besoins élevés étaient admissibles au SIM. Les constatations et les résultats dont il est question dans le présent rapport ont trait à ces 2 148 participants à moins d'indication contraire. Nous disposons en plus de données qualitatives sur un sous-groupe composé de 219 participants à l'entrevue initiale et de 197 participants à l'entrevue de 18 mois, un sous-groupe représentatif de l'échantillon en général.

Nous décrivons l'échantillon ci-après, à savoir les caractéristiques démographiques, les antécédents d'itinérance, la situation personnelle, sanitaire et sociale des participants. Des tableaux contenant d'autres renseignements figurent à l'annexe E.

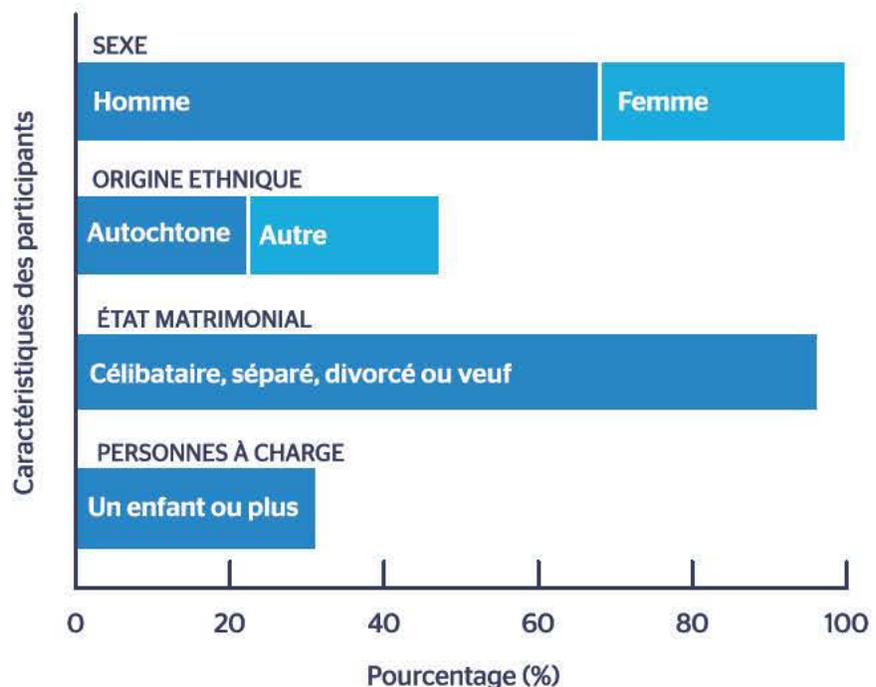
### Caractéristiques démographiques

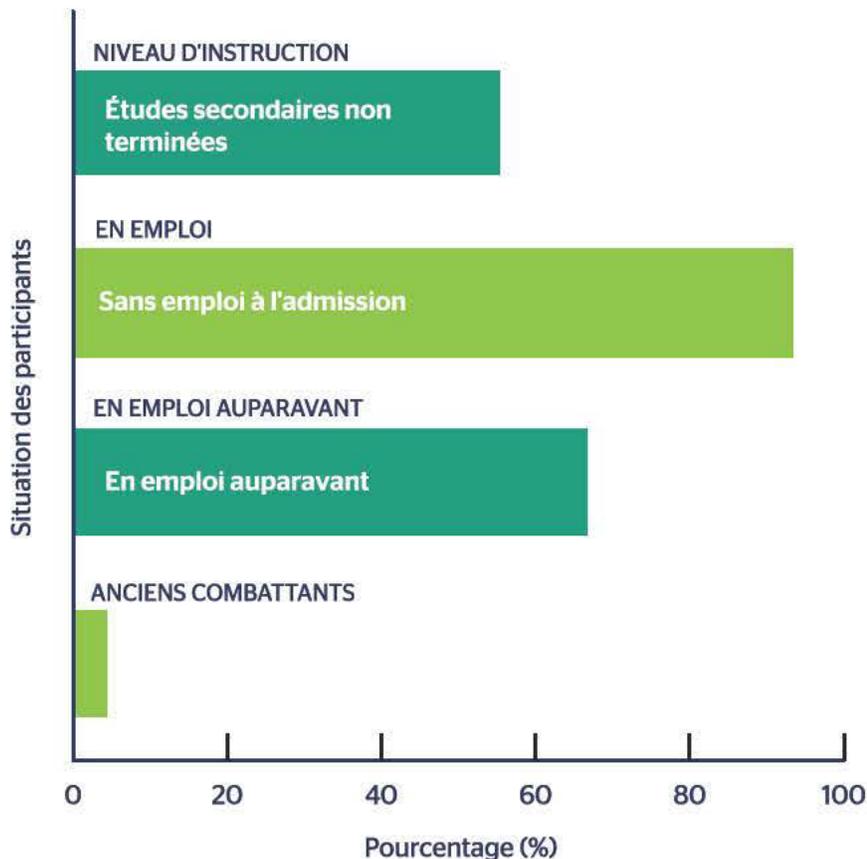
Pour la plupart, les participants étaient des hommes au début de la quarantaine; pour le reste, les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont éminemment diverses.

### PÉRIODE MOYENNE D'ITINÉRANCE

# 4,8 ANS

Ainsi, les hommes représentent 68 p. 100 de l'échantillon et les femmes, 32 p. 100. Dans une proportion de 22 p. 100, l'échantillon se compose d'Autochtones, et d'autres groupes ethniques dans une proportion de 25 p. 100. Les participants du groupe aux besoins élevés sont un peu plus jeunes que les participants du groupe aux besoins modérés : 39 p. 100 du premier groupe sont âgés de 34 ans ou moins comparativement à 29 p. 100 du second groupe. Presque tous les participants (96 p. 100) sont célibataires, séparés, divorcés ou veufs. Nombre d'entre eux ont des enfants, soit 31 p. 100





de l'échantillon qui en ont au moins un, mais rares sont les enfants qui vivent avec le parent participant au projet au moment de l'admission à l'étude.

Nombre d'indications laissent entrevoir que les participants ont éprouvé de multiples problèmes qui ont contribué à leur situation défavorisée en marge de la société et en affrontaient encore. Par exemple, 55 p. 100 n'ont pas terminé leurs études secondaires, et presque tous vivent dans une pauvreté absolue. La proportion relative de participants n'ayant pas terminé les études

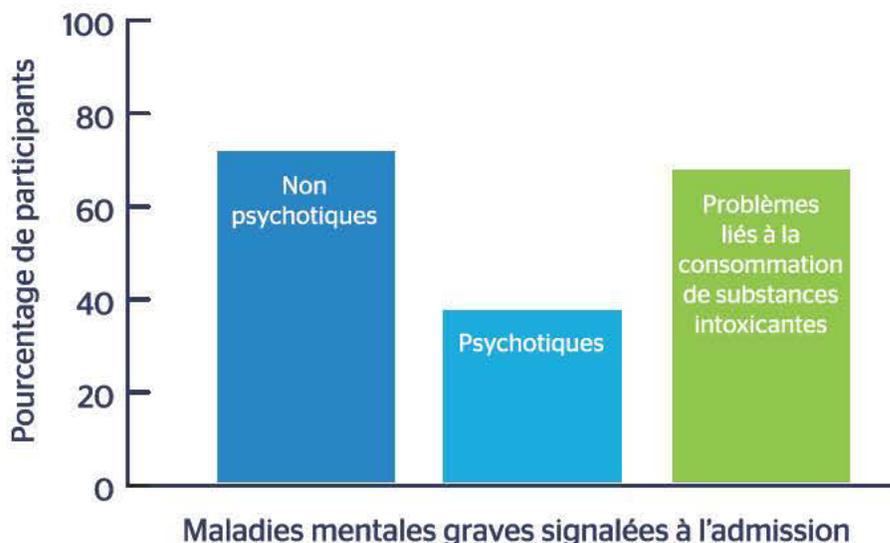
secondaires est plus grande dans le groupe aux besoins élevés (59 p. 100) que dans l'autre. Le revenu moyen au cours du mois précédant l'admission à l'étude est inférieur à 685 dollars, et il est de moins de 300 dollars pour 15 p. 100 des participants. Bien que 93 p. 100 des participants aient été au chômage au début de l'étude, plus de 66 p. 100 ont occupé un emploi stable par le passé. Les anciens combattants ayant participé à des opérations en temps de guerre pour le compte du Canada ou d'un pays allié forment une petite mais importante proportion (4 p. 100) de l'échantillon.

## Antécédents d'itinérance

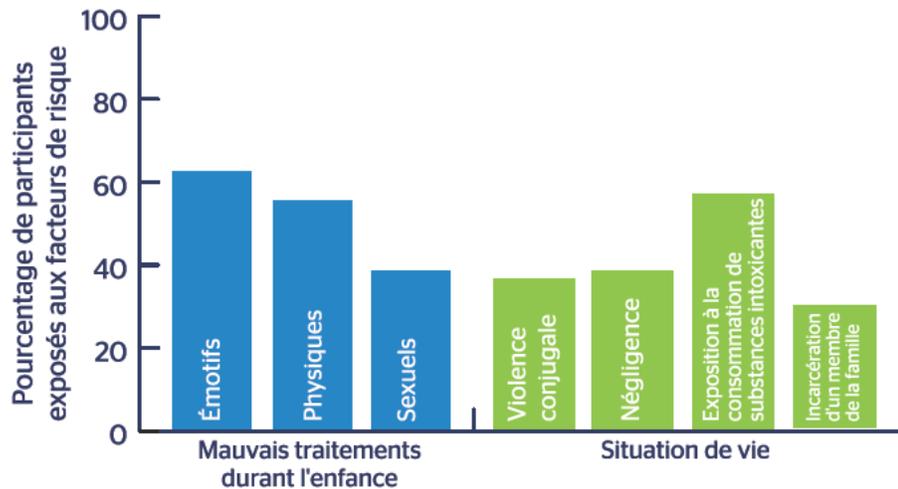
La plupart des participants fréquentaient des refuges ou vivaient dans la rue au moment du recrutement; 82 p. 100 étaient littéralement sans abri, tandis que 18 p. 100 vivaient dans des conditions précaires (l'annexe D définit la situation du sans abri et les conditions de vie précaires). L'itinérance en permanence est le lot de beaucoup de participants. La période d'itinérance totale moyenne au cours de l'existence s'étire sur un peu moins de cinq ans. La plupart traversent leur premier épisode d'itinérance à l'âge de 31 ans, mais plus de 40 p. 100 des participants ont connu l'itinérance avant l'âge de 25 ans. Dans le groupe aux besoins élevés, l'itinérance est un phénomène précoce, à un plus jeune âge, elle dure plus longtemps et elle s'étend sur une plus grande période de la vie que dans le groupe aux besoins modérés.

## Situation personnelle, sanitaire et sociale passée et contemporaine

Tous sont atteints d'au moins une maladie mentale grave conformément au critère d'admissibilité à l'étude. Selon les symptômes mentionnés par les participants au début de l'étude, les troubles mentaux vont comme suit : trouble psychotique (34 p. 100), trouble non psychotique (71 p. 100) et problème de consommation de substances intoxicantes (67 p. 100). Bon nombre de participants (46 p. 100) sont aux prises avec plus d'une maladie mentale en excluant la consommation de substances intoxicantes et la majorité (73 p. 100) présentent et une maladie mentale et un problème de consommation (alcoolisme, pharmacodépendance, drogues). En outre, comme l'indiquent la définition des besoins élevés et celle des besoins modérés, les troubles psychotiques sont plus fréquents dans le groupe aux besoins élevés que dans l'autre (52 p. 100



En moyenne, les participants ont subi quatre ou cinq expériences pénibles durant l'enfance.



contre 22 p. 100). De plus, le groupe aux besoins élevés se démarque de l'autre groupe par la proportion de personnes aux prises avec une maladie liée à la consommation de substances intoxicantes (73 p. 100 contre 62 p. 100).

Les antécédents des participants et leur situation passée et contemporaine révèlent la présence de facteurs de risque de maladie mentale et d'itinérance. Ainsi, 62 p. 100 des participants ont été victimes de violence psychologique, 55 p. 100 de sévices et 38 p. 100 de violence sexuelle dans leur enfance. Ils sont 38 p. 100 à dire que, « souvent ou très souvent », ils n'avaient pas de quoi manger, que leurs vêtements étaient sales et que leur sécurité était en péril. Beaucoup ont connu la violence familiale (36 p. 100), ont habité en compagnie d'une personne toxicomane (57 p. 100) ou sont issus d'une famille dont l'un des membres était emprisonné (31 p. 100). En moyenne, les participants rapportent avoir subi quatre ou cinq de ces expériences pénibles.

Près de 40 p. 100 des participants ont éprouvé des problèmes d'apprentissage à l'école. La proportion grimpe dans le groupe aux besoins élevés (45 p. 100 comparativement à 39 p. 100 dans le groupe aux besoins modérés). Ils sont 66 p. 100 à avoir des antécédents de traumatisme crânien ayant provoqué une perte de conscience. Plus de 90 p. 100 sont aux prises avec un problème de santé physique chronique. Les problèmes physiques graves courants sont l'asthme (24 p. 100), l'hépatite C (20 p. 100), la

bronchite chronique ou l'emphysème (18 p. 100), l'épilepsie et les troubles convulsifs (10 p. 100), le diabète (9 p. 100) et la maladie cardiaque (7 p. 100). Les participants ayant été hospitalisés à deux reprises ou plus pour cause de maladie mentale au cours d'une même année dans les cinq ans précédant l'étude sont en proportion de 37 p. 100. Encore là, la proportion est plus élevée dans le groupe aux besoins élevés (54 p. 100) que dans le groupe aux besoins modérés (24 p. 100).

Plus du tiers des participants (36 p. 100) ont eu des démêlés avec la justice dans les six mois précédant l'étude, qu'il s'agisse d'arrestation, d'incarcération ou de mise en probation à une ou plusieurs reprises. Ces démêlés ont été plus fréquents dans le groupe aux besoins élevés que dans l'autre (43 p. 100 contre 30 p. 100). Quant à la nature des rapports avec l'appareil judiciaire, 24 p. 100 des participants ont été détenus ou déplacés par la police, 22 p. 100 ont été retenus au poste de police durant moins de 24 heures, 27 p. 100 ont été arrêtés, 30 p. 100 ont comparu en cour et 11 p. 100 ont participé à un programme d'administration de la justice dans cette période de six mois. La victimisation est le lot de beaucoup dans cette période; 32 p. 100 ont été victimes de vol ou de menaces de vol, 43 p. 100 ont été menacés d'agression et 37 p. 100 en ont subi une.

Tous les participants manifestent de l'incapacité à un certain degré : une grande incapacité pour 9 p. 100, une incapacité modérée pour 45 p. 100 et une

incapacité légère pour 46 p. 100 selon notre échelle standard d'évaluation de la capacité fonctionnelle sociale effectuée par un observateur (Multnomah Community Scale Ability – annexe A). La note moyenne à l'évaluation à l'aide de cette échelle est plus basse dans le groupe aux besoins élevés que dans le groupe aux besoins modérés (54 contre 65), un constat qui n'a rien de surprenant étant donné que la note de 62 constitue le seuil qui départage ces deux catégories de besoins. Pour la plupart, les participants sont dépourvus du moindre réseau social – près de la moitié n'ont personne à qui se confier. La détresse générale est grande comme en témoignent les 36 p. 100 de participants faisant état de symptômes révélateurs d'un risque de suicide modéré ou grand. *(Il convient de souligner que les participants présentant un risque de suicide ont été référés à des ressources appropriées, suivant un protocole standardisé.)*

Comme le devis de l'étude le prévoit, le projet Chez Soi a recruté des personnes dans un grand état de vulnérabilité – toutes atteintes d'une maladie mentale grave, aux prises également avec des problèmes de consommation de substances intoxicantes pour certaines, et ayant des antécédents d'itinérance de longue date. Un bon nombre de participants ont subi des traumatismes et ont connu la victimisation à un jeune âge, accusent un déficit cognitif et un trouble d'apprentissage non détectés, et ils sont nombreux, quoiqu'ils ne représentent que la minorité, à avoir eu des démêlés avec la justice. En dépit de tout cela, nombre d'entre eux ont occupé un emploi stable par le passé, ont formé une famille ou ont défendu les intérêts du pays dans les forces armées.

Au prochain chapitre, nous examinons l'effet de l'intervention Logement d'abord sur les participants sur le plan de l'habitation.

# CHAPITRE 4

## LOGEMENT

Le principal objectif de l'approche Logement d'abord consiste à favoriser l'obtention et l'occupation stable d'un logement et, ainsi, à mettre un terme à l'itinérance chronique. Dans le présent chapitre, nous examinons les résultats du projet Chez Soi en matière d'habitation pour répondre à la principale question de recherche : **Quel est l'effet de l'intervention Logement d'abord sur l'obtention et l'occupation stable d'un logement et quelle est la réaction des participants à ce nouveau mode de vie?**

Plus de 200 pourvoyeurs de services et plus de 260 propriétaires de logements et firmes de gestion immobilière ont participé au projet Chez Soi et plus de 1 200 unités d'habitation ont été louées. Les immenses efforts concertés des intervenants ont eu une énorme influence sur la situation d'habitation des participants. Les 1 158 personnes réparties au hasard dans le groupe d'intervention Logement d'abord se sont vues offrir un logement et des services de soutien globaux. Les 990 participants répartis dans le groupe des services habituels ont eu accès à la gamme de services cliniques et de logement offerts dans leur collectivité d'appartenance. Les équipes de recherche leur ont fait connaître ces services en leur communiquant toute l'information disponible à leur sujet. Les résultats en matière d'habitation et les différences à ce propos entre les deux volets de l'étude n'illustrent pas la comparaison entre un groupe bénéficiant de nouveaux services et un groupe à qui *l'on n'offre pas* de services; ils illustrent plutôt les effets bénéfiques supplémentaires (*valeur ajoutée*) de l'approche Logement d'abord par rapport à une gamme de services accessibles ou offerts déjà dans la collectivité.

### Occupation stable d'un logement

Du point de vue de l'occupation stable d'un logement, l'intervention Logement d'abord s'avère sans conteste plus efficace que les programmes de logement auxquels ont eu accès les participants du volet des services habituels. Nous examinons la question de l'occupation stable d'un logement (deux ans après le recrutement) sous deux angles. Le premier est la période des six derniers mois de l'étude : nous mesurons la proportion de personnes qui ont passé toutes les nuits dans une habitation, la proportion de personnes qui ont séjourné dans une habitation un certain temps durant cette période (voir l'annexe D) et la proportion de personnes qui n'ont pas occupé de logement durant la période. Les résultats paraissent à la figure 1.

La figure indique que, toutes villes confondues et groupes aux besoins élevés et groupes aux besoins modérés réunis, 62 p. 100 des participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont occupé un logement durant toute la période (six derniers mois de l'étude), 22 p. 100 ont séjourné dans une habitation un certain temps durant la période et 16 p. 100 n'ont pas occupé de logement durant la période; dans le volet des services habituels, 31 p. 100 ont occupé une habitation durant toute la période, 23 p. 100 durant un certain temps et 46 p. 100 n'ont pas séjourné du tout dans une habitation. Si l'on considère isolément les groupes aux besoins élevés et les groupes aux besoins modérés, les constatations sont du même ordre. Dans les groupes des personnes aux besoins élevés, 60 p. 100 des participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont occupé une habitation stable durant toute la période comparativement à 29 p. 100 des participants du volet des services habituels; pour ce qui est des groupes aux besoins modérés, 64 p. 100 des participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont occupé un logement toute la période comparativement à 32 p. 100 des participants du volet des services habituels.

Le second angle sous lequel nous examinons la question est celui du pourcentage moyen de jours d'occupation stable d'un logement des personnes de chaque groupe à tous les trimestres de la période de suivi. Comme le révèle la figure 2, qui présente les résultats pour tous les sites

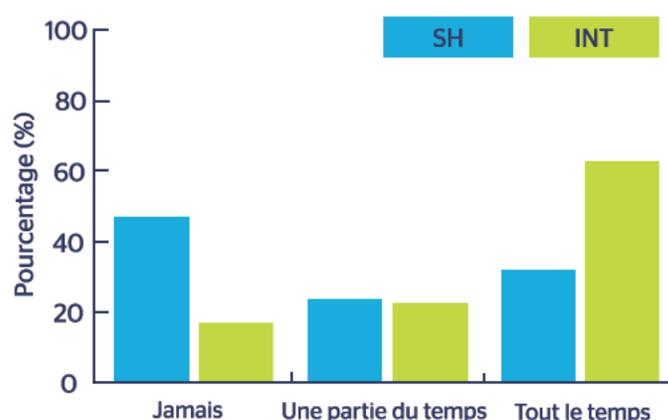


Figure 1. Répartition des participants selon la durée de séjour dans un logement dans les six derniers mois de l'étude

et tous les groupes (besoins élevés et besoins modérés), les différences sont marquées. Durant les deux ans de l'étude, les participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont occupé une habitation durant 73 p. 100 de la période en moyenne, alors que les participants du volet des services habituels n'ont occupé un logement que durant 32 p. 100 de la période. Sur le plan scientifique, l'écart est considéré comme très significatif; autrement dit, il y a une différence considérable entre les groupes sans aucune chance qu'elle soit due au hasard. Plus précisément, vu que l'étude repose sur un protocole de répartition aléatoire et que toutes les caractéristiques susceptibles d'influer sur l'occupation stable d'un logement sont équivalentes dans les deux groupes, à l'exception de l'intervention, l'effet constaté peut être raisonnablement et assurément attribué à l'intervention.

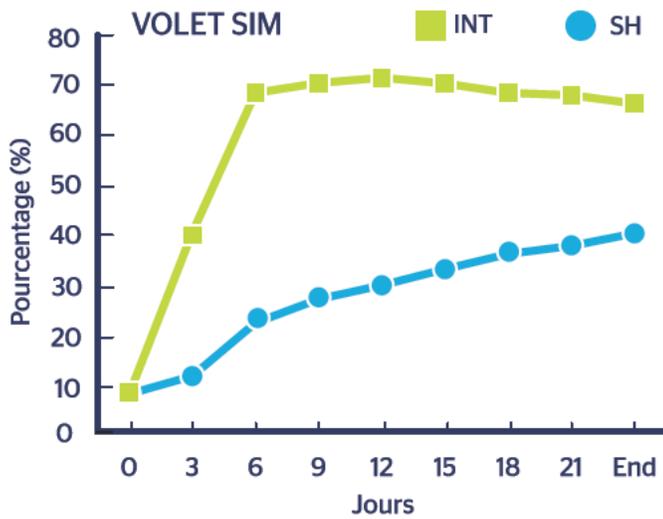


Figure 2. Proportion des nuits en logement occupé de façon stable durant la période de suivi de 24 mois, par trimestre

La tendance est semblable dans les deux groupes de suivi, le SIM et le SIV. Dans le premier, la période moyenne d'occupation stable (c'est-à-dire, la proportion moyenne, pour tous les participants du groupe, des nuits en logement occupé de façon stable) d'un logement est de 72 p. 100 pour les participants du volet de l'intervention Logement d'abord et de 33 p. 100 pour les participants du volet des services habituels. Dans le second, la période moyenne d'occupation stable d'un logement est de 72 p. 100 dans le volet de l'intervention Logement d'abord et de 30 p. 100 dans l'autre volet. Les sites constatent tous les mêmes résultats en matière de logement à peu de choses près, les quelques différences mineures entre les sites tenant sans doute aux particularités locales du parc immobilier, du taux d'occupation dans le marché locatif, des besoins impérieux de logement (c'est-à-dire, le pourcentage d'habitations ne correspondant pas aux normes de qualité, d'abordabilité ou de taille) et le degré de fidélité du programme au modèle – soit la qualité ou la conformité de l'exécution du programme. Les rapports des sites renferment plus de renseignements à ce sujet.

La durée d'occupation stable d'un logement en pourcentage de la période étudiée (figure 2) offre un aperçu de l'impact de l'approche Logement d'abord sur la dynamique de ce changement de mode de vie. Le principal élément du modèle, à savoir l'offre d'un logement dans l'immédiat sans imposer de conditions, a eu pour effet d'augmenter rapidement la

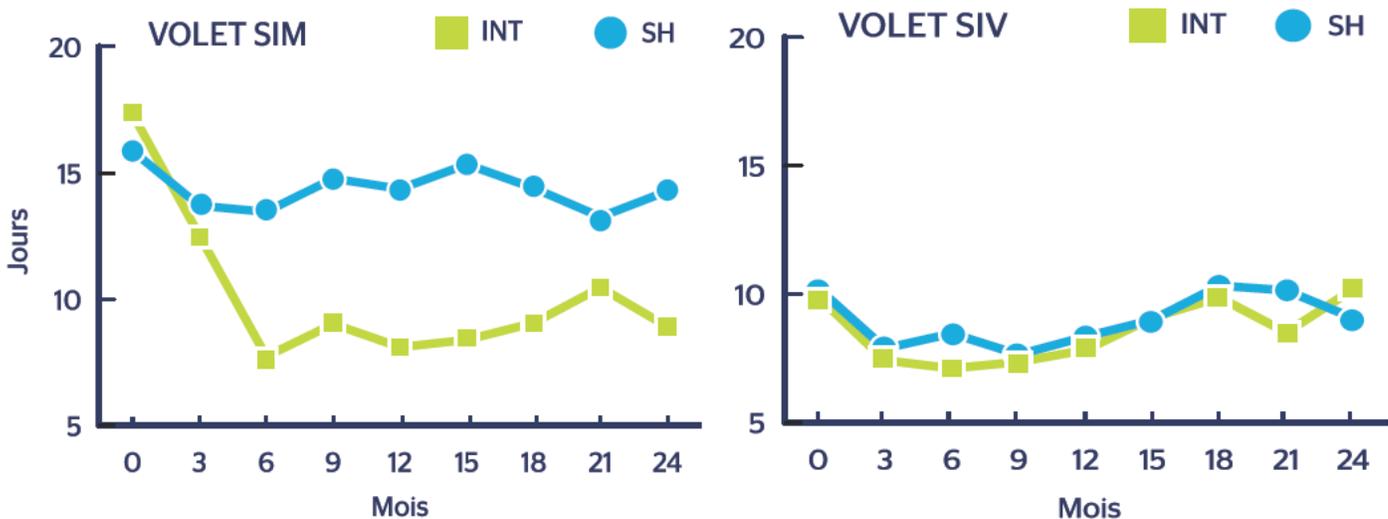
stabilité résidentielle. Le changement le plus spectaculaire dans le groupe de l'intervention Logement d'abord s'est produit dans les six premiers mois de l'étude. Bien que la proportion du temps en occupation stable d'un logement augmente avec le temps dans le groupe des services habituels, le taux d'occupation stable d'un logement reste toujours bien éloigné de celui dans le groupe de l'intervention Logement d'abord.

Nous avons examiné les résultats en matière de logement dans le cadre d'entrevues de nature qualitative avec un sous-groupe de participants issus des groupes aux besoins élevés et aux besoins modérés de tous les sites. En général, ces participants sont représentatifs de l'échantillon global, aux seules différences près qu'ils ont plus de problèmes de consommation de substances intoxicantes et que leur revenu avant l'admission à l'étude était plus élevé par rapport aux autres participants. L'amélioration de leur situation d'habitation au fil de l'étude est du même ordre que celle de l'échantillon global; ces participants nous ont dit ce qu'ils pensaient de l'impact d'une habitation dans leur vie. Ils sont nombreux à souligner l'importance « d'avoir une place à eux » et à la décrire comme une « base » sûre leur permettant d'avancer dans la vie. Un participant de Vancouver fait remarquer que « la sécurité, c'est vraiment beaucoup. Je peux lâcher prise, me reposer pendant 12 heures sans avoir à me déplacer ou à être sur mes gardes. » Les participants sont d'avis que leur stabilité résidentielle tient principalement à l'espoir qu'a fait naître l'occupation d'un logement, l'espoir d'être en mesure de « se reprendre en mains », une perspective qui les a motivés à « faire ce qu'il fallait » pour conserver leur logement et remettre leur vie sur les rails. Autrement dit, l'habitation a été à la source de la motivation des participants, les a incités à se comporter de manière à conserver leur logement et leur a permis de se réapproprier le pouvoir d'agir. Les participants du volet de l'intervention Logement d'abord affirment avoir eu un choix étendu à propos de l'habitation, notamment celui d'habiter à un lieu où ils se sentent en sécurité et, pour certains, loin de cercles sociaux problématiques. Enfin, ces participants expriment un sentiment de stabilité, de continuité, de permanence. À l'opposé, les participants du volet des services habituels qui ont obtenu un logement déplorent le choix restreint quant au lieu de résidence et ne se sentent pas autant en sécurité.

## Divers types d'hébergement

Bien que l'occupation stable d'un logement soit le résultat le plus important, nous avons examiné également les divers types d'hébergement auxquels ont eu recours les groupes à l'étude. Durant l'étude, les participants du volet des services habituels ont séjourné dans une habitation temporaire

Figure 3. Nombre de jours en établissement selon le groupe et le volet d'intervention.



durant 33 p. 100 de la période, dans un refuge pendant 16 p. 100 de la période, dans un établissement durant 11 p. 100 de la période ou ont vécu dans la rue pendant 8 p. 100 de la période. Les participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont eu moins recours à ces types d'hébergement : 12 p. 100 de la période en habitation temporaire, 6 p. 100 dans un refuge, 9 p. 100 dans un établissement et 3 p. 100 dans la rue.

Le type d'hébergement est l'aspect sous lequel se distinguent les uns des autres les participants aux besoins élevés et les participants aux besoins modérés au fil du temps, et leur recours à un type d'hébergement plutôt qu'à un autre est conforme à leur schéma d'utilisation de services et à l'étendue de leurs besoins avant l'étude. Par exemple, nous observons un plus grand recours à l'hébergement en établissement (hôpital, prison, centre de détention, centre de désintoxication) par les participants aux besoins élevés **bénéficiaire SIM** et un contraste accentué sous cet angle entre les participants du volet des services habituels et les participants du volet de l'intervention Logement d'abord, comparativement aux participants aux besoins modérés; nous constatons en outre que les participants aux besoins modérés **bénéficiaire SIV** séjournaient plus fréquemment dans un refuge au tout début de l'étude, et que l'écart sous cet angle entre les deux groupes d'intervention est plus grand, comparativement aux participants aux besoins élevés. Cette variation de l'utilisation des services et les différences entre les volets d'intervention à cet égard revêtent de l'importance du point de vue de l'analyse économique; nous en verrons les ramifications au chapitre 6.

## Qualité de l'habitation

Nous avons évalué la qualité du logement des participants de manière systématique à l'aide d'une échelle d'évaluation conçue et standardisée pour les besoins de l'étude. Deux membres formés à cette tâche des équipes de recherche locales ont noté la qualité du logement (habitation pouvant être occupée à long terme) d'un échantillon tiré au hasard de 205 participants du volet de l'intervention Logement d'abord et de 229 participants du volet des services habituels. Dans le volet Logement d'abord, les résidences (appartements et immeubles confondus) des participants logés pendant au moins deux mois en moyenne à tous les sites sont de plus grande qualité et de qualité plus uniforme que les autres (ce qui est vrai pour quatre des cinq sites). Le rapport des sites renferme plus de renseignements à cet égard. La bonne qualité du logement (c'est-à-dire, habiter dans un bon quartier, où cela « convient » au participant) est un élément qui influe sur la stabilité résidentielle selon l'analyse qualitative.

## Participants aux besoins supplémentaires ou différents

En général, les participants du volet Logement d'abord ont pu occuper un logement de manière stable sans égard à leur origine ethnoculturelle, à leurs caractéristiques démographiques ou à leur situation particulière. Ainsi, l'intervention se révèle tout aussi efficace chez l'homme que chez la femme, et particulièrement efficace chez la personne d'un certain âge; les participants plus jeunes ont eu moins tendance à occuper un logement de façon stable. De plus, l'efficacité de l'intervention Logement d'abord, au plan de la stabilité en logement, en comparaison avec celle des services habituels, s'est avérée semblable pour les participants aux prises avec des problèmes de consommation de substances intoxicantes au moment de l'évaluation initiale, comparativement aux participants n'ayant pas ces problèmes.

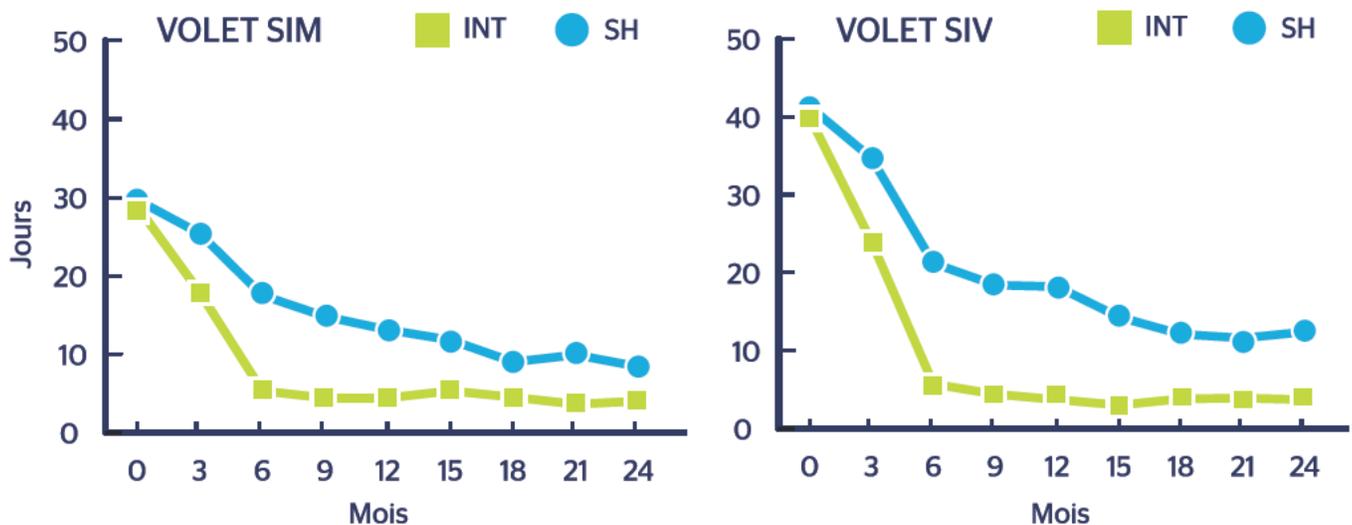
Cependant, même si la majorité des participants du volet de l'intervention Logement d'abord ont occupé un logement de façon stable à terme, un petit nombre d'entre eux (13 p. 100) n'y sont pas parvenus. Ce groupe se distingue du reste par ses antécédents d'itinérance de longue date, le faible nombre ayant terminé des études secondaires et la présence de graves troubles mentaux. Ils rapportent aussi une forte appartenance à un réseau social de la rue et une meilleure qualité de vie en mode d'itinérance.

Plus précisément, les participants qui ne parviennent pas à la stabilité résidentielle la première année ont connu l'itinérance durant 6,04 ans de leur vie, alors que la période d'itinérance globale de ceux qui occupent un logement de façon stable est de 4,73 ans. Près des deux tiers (66 p. 100) du groupe instable du point de vue du logement n'ont pas terminé leurs études secondaires; cette proportion est de 55 p. 100 dans le groupe caractérisé par l'occupation stable d'un logement.

D'autre part, les personnes caractérisées par l'instabilité résidentielle connaissent plus de gens et entretiennent des rapports plus suivis avec eux, et se disent plus satisfaits de leurs conditions de vie que les personnes de l'autre groupe. Le fait que ce petit groupe n'ait pu occuper de logement de façon stable s'explique peut-être par son incapacité à se détacher de son réseau social composé de personnes itinérantes ou au mode d'habitation instable.

En outre, la proportion de personnes atteintes d'un trouble psychotique est élevée dans ce groupe (45 p. 100), et ce trouble prédomine sur les autres problèmes de santé mentale comme le trouble panique (24 p. 100)

Figure 4. Nombre de jours en refuge selon le groupe et le volet d'intervention.



ou l'état de stress post-traumatique (31 p. 100). Dans le groupe d'occupation stable d'un logement, ces proportions sont respectivement de 35 p. 100, 15 p. 100 et 20 p. 100.

Néanmoins, ce groupe ressemble à celui qui occupe une habitation de façon stable à bien d'autres égards. Fait à noter, il n'y a pas de différences entre les deux sur les plans du genre, de l'origine ethnique, du diagnostic de dépression, de la consommation de substances intoxicantes, des arrestations, des interactions avec la police ou de la détention par la police, ni du fonctionnement en société. Cette constatation fait ressortir l'importance de prendre en compte les besoins individuels et la complexité de la question de prévoir la réaction des personnes itinérantes à l'intervention Logement d'abord, de savoir à l'avance quelles seront celles qui demeureront dans l'instabilité résidentielle.

Dans le cadre du projet Chez Soi, d'autres approches ont été évaluées dans l'espoir de combler les besoins en habitation particuliers de ces

participants. Ainsi, Moncton a jugé nécessaire d'offrir une formule d'habitation collective gérée par des pairs à certains participants aux besoins particuliers qui ne réagissaient pas bien à l'habitation dans un appartement autonome même après avoir déménagé à plusieurs reprises. Winnipeg a proposé un appartement de transition à un étage d'un immeuble d'habitation sûr à ceux qui devaient apprendre à fermer leur porte aux intrus indésirables qui s'incrustedent et posent des problèmes aux voisins et au propriétaire de l'immeuble. Voilà qui confirme la nécessité et la faisabilité de l'adaptation du modèle. La promptitude de Winnipeg et de Moncton, entre autres, à moduler l'approche illustre leur sensibilité aux besoins des participants qui ne freine en rien leur ardeur à respecter les principes directeurs du modèle Logement d'abord (le choix et les modalités de logement, la séparation entre les services de logement et les services cliniques). Pour plus de renseignements, le lecteur est prié de consulter les rapports des sites.

Le modèle Logement d'abord dans sa forme usuelle n'est pas une panacée – des modalités d'habitation prévoyant un soutien et un encadrement accrus sauront mieux répondre aux besoins en santé mentale et en services médicaux de certains ou à la réalité des usagers qui fonctionnent moins bien en société.



Plus de 260 propriétaires d'immeubles et firmes de gestion immobilière ont participé à l'étude.

## Propriétaires d'immeubles

Dans le lot des interventions axées sur l'habitation, l'approche Logement d'abord a ceci d'unique que les logements proviennent à dessein du marché locatif privé pour la plupart. La faisabilité et l'efficacité de l'intervention reposent donc sur la capacité de susciter la participation de propriétaires d'immeubles et de locataires et d'aplanir les difficultés pour eux. Plus de 260 propriétaires d'immeubles et firmes de gestion immobilière ont participé à l'étude. Ce nombre est remarquable au vu des taux d'inoccupation et de la possibilité pour les locataires de choisir les locataires. Seuls quelques-uns se sont retirés du projet. Nous avons interrogé 57 propriétaires d'immeubles pour savoir ce qu'ils avaient à dire sur leur participation au programme. Ils ont eu des rapports positifs avec l'équipe de logement et l'équipe des services cliniques à tous les sites du projet Chez Soi, et des rapports positifs avec les locataires. Aux yeux des propriétaires d'immeubles de Moncton, les participants sont des locataires aussi bien, même mieux, que les autres locataires. Les locataires de Vancouver se disent satisfaits du choix des locataires dans leurs immeubles, alors que les propriétaires d'immeubles de Winnipeg soulignent les bonnes relations avec l'équipe de logement en dépit des gros problèmes occasionnés par les locataires. À titre d'exemple de situation problématique qu'ont dû affronter l'équipe de soutien et des propriétaires, mentionnons l'intrusion d'anciennes connaissances qui s'installent pour longtemps et s'adonnent à la consommation de drogues et d'alcool perturbant la vie du locataire et des voisins et causant des dommages à la propriété. Les équipes du projet Chez Soi en ont appris beaucoup sur le travail en collaboration avec des propriétaires de logements; ces enseignements figurent dans la trousse d'information à paraître sur le modèle Logement d'abord.

En bref, le projet Chez Soi démontre que l'intervention Logement d'abord favorise grandement la stabilité résidentielle des participants des deux groupes de ce volet du projet dans les cinq villes, comparativement aux participants du volet des services de logement et de santé mentale offerts dans la collectivité. Sur le plan de la qualité de l'habitation, les deux volets se ressemblent, quoique la qualité soit parfois meilleure dans le volet de l'approche Logement d'abord. Nous en savons plus désormais au sujet du petit groupe de participants du volet de l'approche Logement d'abord qui ne sont pas parvenus à occuper un logement de façon stable, et nous avons étudié d'autres approches, des adaptations du modèle, susceptibles de mieux répondre à leurs besoins. La majorité des propriétaires d'immeubles recrutés ont participé au projet jusqu'à la fin et ils voient leur expérience d'un bon œil malgré les difficultés qu'ils ont dû affronter.

# CHAPITRE 5

## UTILISATION DE SERVICES ET COÛTS

L'un des avantages de l'occupation stable d'un logement pour un groupe de personnes lourdement hypothéquées par la maladie mentale et la maladie physique est la possibilité de transformer le schéma d'utilisation de services, de passer du recours aux établissements de soins et de services de santé et aux centres d'assistance en situation de crise aux consultations externes et au suivi périodique communautaires planifiés. Dans le présent chapitre, nous creusons les questions de recherche que voici : **Quel est l'effet de l'intervention Logement d'abord sur l'utilisation de services de santé, de services sociaux et de services juridiques ou judiciaires et sur les coûts qui y sont reliés? Est-ce que l'investissement soutenu dans l'approche Logement d'abord, en tant que solution novatrice au problème de l'itinérance chronique, est judicieux sur les plans social et économique?**

Aux entrevues avec les participants des volets de l'intervention Logement d'abord et des services habituels, nous avons posé les mêmes questions à propos de la nature des services de santé, des services sociaux et des services juridiques ou judiciaires utilisés au cours de la période antérieure. Étant donné que ces paramètres ne font pas partie des principaux aspects étudiés, que la mesure de ces paramètres n'a pas fait l'objet d'analyses statistiques et que l'information transmise par les participants peut être inexacte parce que le souvenir qu'ils en ont peut être imprécis, les constatations dont il est question ici offrent seulement un aperçu du sujet, qui sera étoffé par les résultats des analyses en cours destinées à examiner en profondeur les différences entre les groupes quant à l'utilisation des services, notamment l'analyse de données administratives communiquées par les pourvoyeurs de services de santé et de services judiciaires des provinces où s'est déroulé le projet.

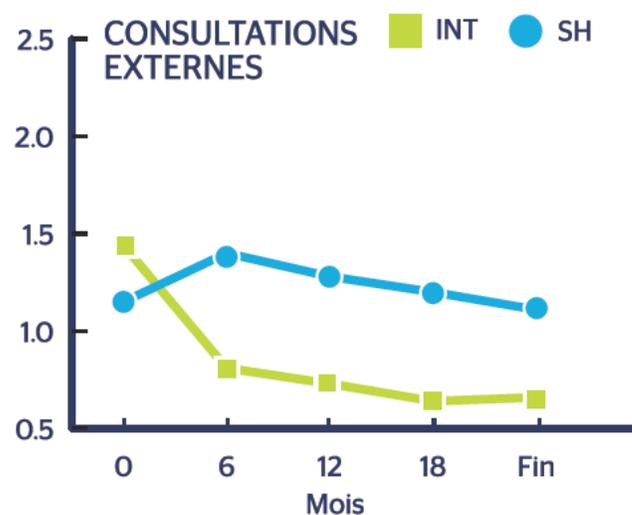
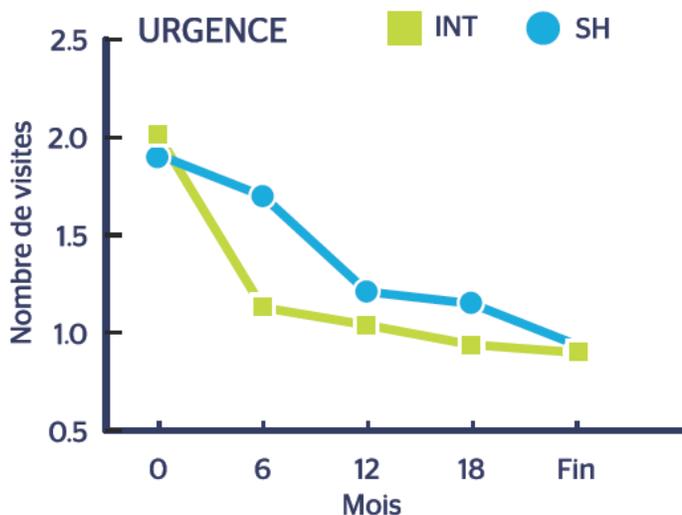
### Utilisation des services de santé

Au chapitre précédent, nous notons une baisse remarquable des nuitées dans les refuges et les établissements (hôpitaux, prisons, centres de détention, centres de désintoxication). Nous constatons également une tendance encourageante au sujet des types de services de santé et de services sociaux utilisés dans les deux groupes, besoins élevés et besoins modérés, illustrée par les quatre graphiques ci-dessous. Les participants du volet de l'intervention Logement d'abord comme ceux du volet des

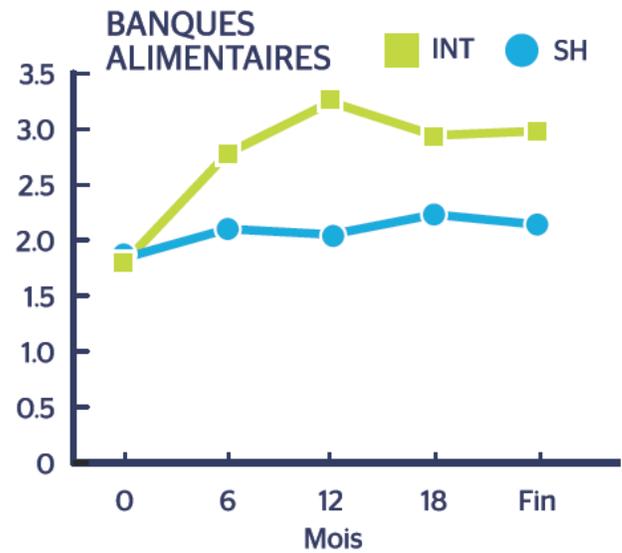
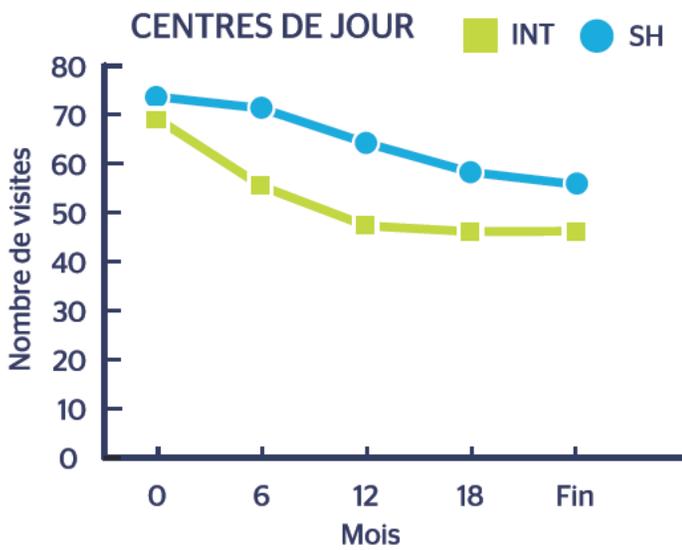
services habituels ont moins recours aux urgences (voir la figure 5), les premiers encore moins que les derniers. Cet écart est dû principalement à la différence entre le groupe aux besoins modérés et les participants du volet des services habituels. Les participants du volet de l'intervention Logement d'abord se rendent moins fréquemment aux consultations externes à l'hôpital (y compris l'hôpital de jour mais excluant les visites à l'hôpital pour des analyses en laboratoire ou des épreuves diagnostiques), comme l'indique la figure 6. La baisse d'utilisation des consultations externes est de grande ampleur dans le groupe aux besoins élevés et d'ampleur modérée dans le groupe aux besoins modérés.

Les participants bénéficiant de l'intervention Logement d'abord réduisent aussi leurs visites à un centre de jour pour y obtenir des repas ou d'autres services (voir la figure 7); mais, tant le groupe aux besoins élevés que le groupe aux besoins modérés se rendent plus souvent à une banque alimentaire (voir la figure 8). Ce qui n'a rien d'étonnant vu que l'adresse fixe est un préalable exigé par bon nombre de banques alimentaires avant d'offrir des paniers de nourriture. En outre, les personnes habitant dans un logement peuvent conserver de la nourriture et préparer des repas. À tous les sites, les participants du volet de l'intervention Logement d'abord sont nombreux à constater que l'habitation stable (et la stabilité financière qui vient avec pour beaucoup d'entre eux) est la clé de l'amélioration de leur régime alimentaire, puisqu'ils sont en mesure de se procurer et d'entreposer aliments et fournitures nécessaires.

Figures 5 et 6. Évolution du schéma d'utilisation des urgences et des consultations externes.



Figures 7 et 8. Différences entre les groupes quant aux visites à un centre de jour et au recours aux banques alimentaires.



Étant donné que les services offerts par les pourvoyeurs, tels les visites à domicile et les appels téléphoniques, constituent des éléments prévus et essentiels de l'intervention, nous nous attendions à ce que la fréquence du recours à ces services soit plus grande dans le volet de l'intervention Logement d'abord que dans le volet des services habituels, et cela a été le cas. Nous n'entrons pas dans les détails pour le moment, nous le ferons à l'analyse économique globale dans quelques pages.

Les constatations dont il est question dans le présent chapitre ressortent de l'analyse du compte rendu des participants en ce qui a trait à l'utilisation de services de santé. Parce que les comptes rendus individuels ne s'accordent pas forcément avec les dossiers administratifs, nous avons comparé les deux volets du projet, intervention Logement d'abord et services habituels, à trois sites (Winnipeg, Montréal et Vancouver) du point de vue de l'information provenant de ces deux sources.\* La comparaison s'établit sous trois aspects : la durée du séjour hospitalier (nombre de jours), les visites aux urgences et les déplacements en ambulance.

Quoique le nombre d'événements rapportés par les participants ait été souvent inférieur ou supérieur à celui noté dans les dossiers administratifs, il n'y a pas de différences importantes entre les deux volets d'intervention du projet et entre les sites quant à ces écarts entre les comptes rendus individuels et les données administratives. Nous pouvons donc considérer la comparaison entre les groupes à partir de données auto-rapportées comme raisonnablement valide. Au cours de l'année, nous présenterons des analyses de l'utilisation de services de santé d'après les données administratives.

## Utilisation de services judiciaires

Tout au long de la période de suivi, les participants des deux volets du projet ont eu de fréquentes interactions avec l'appareil judiciaire. Ainsi, la majorité (89 p. 100) a eu au moins une interaction avec un policier, le motif de l'interaction pouvant être la recherche d'aide, une demande d'information ou une activité criminelle. Environ le tiers des participants ont été arrêtés durant la période de l'étude. Les participants des deux

volets rapportent une baisse notable de leurs interactions avec les services judiciaires (police, services de sécurité, tribunaux et autres services de l'appareil judiciaire); il n'y a pas de différences remarquables à ce propos entre les deux groupes. Si l'on s'attarde aux motifs d'arrestation, on note que les arrestations pour cause de nuisance publique ou d'infraction en matière de drogue dans le volet de l'intervention Logement d'abord diminuent avec le temps, alors que ce n'est pas le cas dans l'autre volet où les arrestations à ce chapitre demeurent sensiblement du même nombre. La stabilité résidentielle qui s'installe dans le volet de l'intervention Logement d'abord expliquerait cette baisse que l'on n'observe pas dans l'autre groupe, les participants de ce volet étant moins enclins à errer dans les espaces publics pour satisfaire des besoins essentiels, notamment dormir ou se laver.

La petite ampleur de l'effet de l'intervention Logement d'abord sur le plan des interactions avec l'appareil judiciaire peut être due à plusieurs facteurs. En premier lieu, les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont des démêlés avec la justice ne forment pas un groupe homogène, mais bien des sous-groupes distincts. L'intervention Logement d'abord, telle qu'elle est mise en application dans le projet Chez Soi, n'a pas pour objectif spécifique de réduire les démêlés avec la justice; cependant, il pourrait être avantageux d'adapter le modèle afin de répondre aux besoins particuliers des participants qui ont affaire avec l'appareil judiciaire. Deuxièmement, les services de justice pénale sont complexes et en analyser l'utilisation est tout aussi complexe car certains événements du schéma d'utilisation, comme la comparution en cour, peuvent découler d'un comportement criminel qui remonte à plusieurs mois, voire des années, avant l'étude. Ainsi, des participants ont été arrêtés en vertu de mandat d'arrêt délivré par le passé. Une période de suivi de deux ans est peut-être trop brève pour constater les effets en aval de la stabilité résidentielle sur les démêlés avec le système de justice. Enfin, les données pour le moment sont toutes auto-rapportées; une équipe de chercheurs rassemble et analyse des données administratives provenant de tribunaux, de services de police, de services correctionnels, de services de psychiatrie légale du pays, ce qui permettra de tirer des conclusions fermes sur le sujet.

\*Nous remercions les membres du comité de validation à qui nous devons cette analyse comparative : Mark Smith, Carol Adair, Brianna Kopp, Laurence Katz, Daniel Rabouin, Julian Somers, Akm Moniruzzaman, Angela Ly, Guido Powell et Jimmy Bourque. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec eux.

## Analyse des coûts

Comme nous le mentionnions ici, l'intervention Logement d'abord a un effet important sur les types de services utilisés par les participants : diminution du nombre de nuitées dans un refuge et du nombre de visites aux urgences, augmentation du recours aux banques alimentaires, par exemple. En offrant un logement aux participants, l'intervention a évidemment un impact direct sur la fréquentation des refuges. L'intervention influe également sur l'utilisation d'autres services, mais indirectement dans ces cas. Le fait d'avoir une habitation, de disposer d'une cuisine, amène les participants, même si leur revenu est encore bas, à recourir aux banques alimentaires. La personne dont la situation est stable, qui a accès à des services, dont les besoins sont mieux comblés qu'auparavant, a moins tendance à se rendre aux urgences; d'autre part, le suivi périodique d'une équipe clinique peut se traduire par l'utilisation de services de santé, appropriés soit, mais auxquels la personne n'aurait pas recours si elle était toujours itinérante. En outre, l'équipe de services cliniques du volet de l'intervention Logement d'abord peut faciliter l'accès à l'aide sociale ou à la prestation d'invalidité. Par ailleurs, le logement et les soins et services globaux et assidus offerts par les équipes du volet de l'intervention Logement d'abord peuvent favoriser la réintégration du marché du travail à terme et, ainsi, diminuer la nécessité du soutien public.

Cela dit, l'intervention Logement d'abord est coûteuse : 22 257 dollars par an en moyenne par personne aux besoins élevés bénéficiant SIM et 14 177 dollars par an par personne aux besoins modérés bénéficiant SIV. Le coût annuel englobe les salaires des intervenants de première ligne et des superviseurs, les dépenses de programmes comme les frais de déplacement, le loyer, les services d'utilité publique, entre autres, et le supplément au loyer. L'intervention auprès des personnes aux besoins élevés coûte plus cher car le rapport entre le nombre de personnes de l'équipe SIM et le nombre de personnes sous leur responsabilité est d'un pour dix, alors que ce rapport est d'un pour seize en ce qui concerne l'équipe SIV.

Il est donc naturel de se demander en quoi les coûts globaux, y compris le coût de l'intervention ainsi que celui de ressources telles les refuges, changent au moment de l'offre de services prévue dans le volet de l'intervention Logement d'abord. Pour répondre à cette question, nous avons tenu compte, dans une perspective globale, du coût de l'intervention, du coût des services sociaux, des services de santé et des services judiciaires, soit les refuges, les centres de jour, les consultations médicales, les arrestations, l'aide sociale, la prestation d'invalidité, ainsi que de tout revenu d'emploi venant contrebalancer ces coûts dans une certaine mesure.

Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services liés à l'approche Logement d'abord s'accompagne d'une réduction moyenne de coût d'autres services de 9,60 dollars pour le participant aux besoins élevés et de 3,42 dollars pour le participant aux besoins modérés.

Comme l'indiquent les figures 9 et 10, les services offerts aux participants des groupes aux besoins élevés du volet de l'intervention Logement d'abord engendrent une diminution moyenne de 21 375 dollars des coûts ayant trait aux autres services utilisés par le groupe; pour arriver à cette estimation, nous avons comparé le coût des services dans le volet de l'intervention Logement d'abord et dans le volet des services habituels et avons tenu compte de la différence de coût entre ces groupes au moment de l'entrée dans l'étude. L'offre de services aux participants aux besoins modérés du volet de l'intervention Logement d'abord se traduit par une diminution moyenne de 4 849 dollars des coûts relatifs aux autres services utilisés. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services liés à l'approche Logement d'abord s'accompagne d'une réduction moyenne de coût d'autres services de 9,60 dollars pour le participant aux besoins élevés et de 3,42 dollars pour le participant aux besoins modérés.

Dans le volet des services habituels aussi les coûts ont baissé durant l'étude. Les résultats sur ce plan vont dans le même sens que ceux portant sur la stabilité résidentielle (chapitre 4), le fonctionnement en société et la qualité de vie (chapitre 6). Au moment du recrutement, la plupart des participants étaient en situation de crise, et la plupart des participants répartis dans le volet des services habituels recouraient à des services; il semble logique de s'attendre à ce que leur situation évolue naturellement pour le mieux pendant un temps.

Figure 9. Coûts moyens annualisés par personne aux besoins élevés selon le volet d'intervention, à l'admission et au terme de la période de suivi

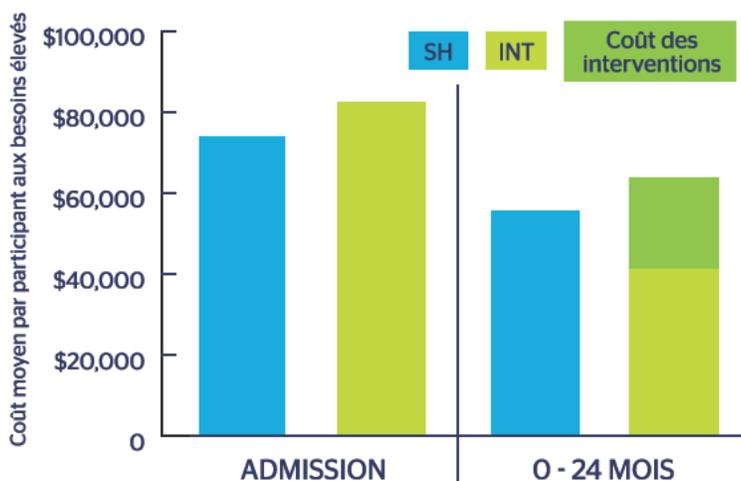
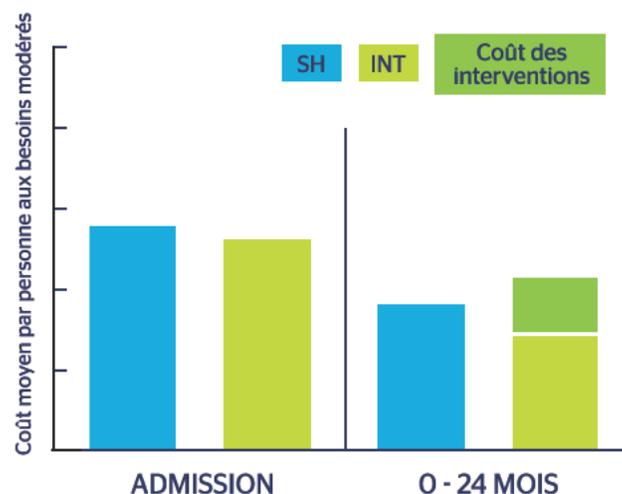


Figure 10. Coûts moyens annualisés par personne aux besoins modérés selon le volet d'intervention, à l'admission à l'étude et au terme de la période de suivi.



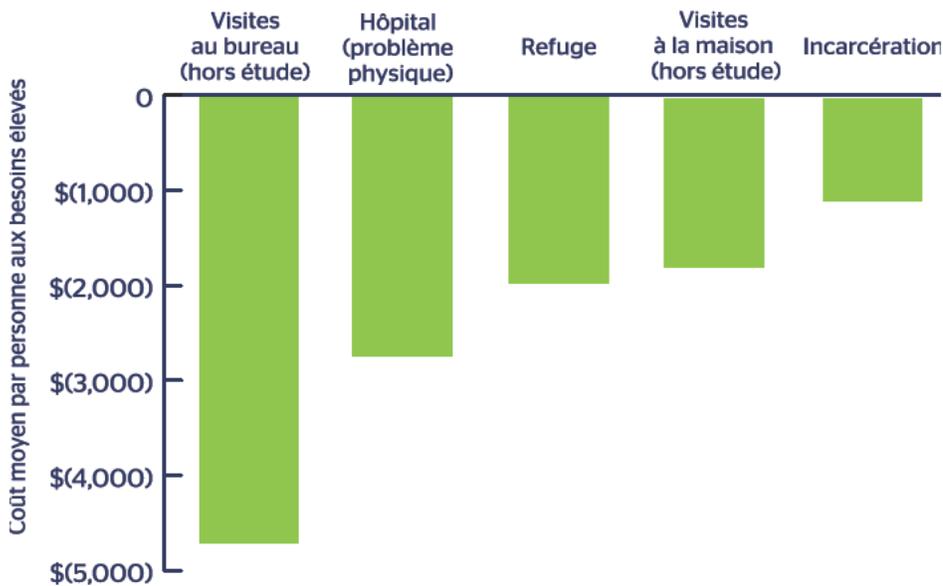


Figure 11. Compensations de coût moyennes annualisées par personne aux besoins élevés.

Alors que les coûts baissent dans les deux groupes, la réduction de coût ayant trait aux services non reliés à l'intervention est de plus grande ampleur dans le volet de l'approche Logement d'abord. Le coût total évité se calcule en tenant compte de la diminution de coût relative à l'utilisation de certains services (compensation de coût) et, dans une bien moins grande mesure, de l'augmentation de coût liée à d'autres services. Les figures 11 et 12 ci-dessous illustrent les éléments de compensation de coût et un élément de hausse majeure. Dans le groupe aux besoins élevés, la plus grande compensation de coût provient d'une réduction estimative d'environ 4 700 dollars liée à des consultations cliniques non reliées à l'étude (en excluant les consultations externes à l'hôpital, mais en incluant les consultations médicales au cabinet du médecin et les consultations à des cliniques communautaires). Le coût de l'intervention Logement d'abord a remplacé en partie le coût de ces services offerts aux participants en temps ordinaire. Dans le groupe aux besoins modérés du volet de l'intervention Logement d'abord, ce type de coûts augmente au contraire, d'un peu plus de 1 000 dollars par personne par an en moyenne. L'équipe SIV ne compte pas de médecins, mais le gestionnaire de cas, conformément à ses fonctions, facilite l'accès aux services médicaux nécessaires.

Les figures révèlent que la compensation de coût est beaucoup plus grande dans le groupe aux besoins élevés que dans l'autre, même en tenant compte du coût de l'intervention. La constatation est la même à tous les sites du projet (voir le rapport de chacun des sites pour obtenir plus de renseignements). À notre avis, cela tient aux plus nombreuses possibilités de modifier le schéma d'utilisation de services coûteux dans ce

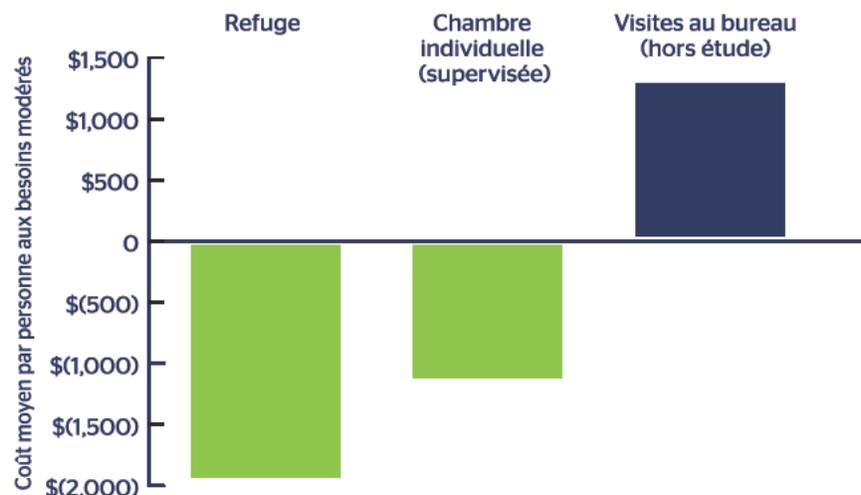
groupe que dans l'autre, en raison notamment de son plus grand taux d'utilisation de services au moment de l'admission à l'étude.

Cette constatation donne à penser que les compensations de coût seraient encore plus grandes, et pourraient dépasser le coût de l'intervention, si les services étaient destinés principalement aux participants pour qui les coûts sont les plus élevés avant l'intervention. Nous avons identifié les 10 p. cent de l'échantillon global dont les coûts sont les plus élevés dans l'année qui précède l'étude. À souligner, ce segment de 10 p. 100 des participants se compose de personnes aux besoins élevés dans une proportion de 67 p. 100 et de personnes aux besoins modérés pour le reste (33 p. 100). Ce groupe ressemble à l'échantillon global

à bien des égards – 55 p. 100 sont dans la tranche d'âge des 35 à 54 ans, 65 p. 100 sont des hommes, 47 p. 100 n'ont pas terminé leurs études secondaires, et ils sont semblables au reste de l'échantillon pour ce qui est du revenu et de l'emploi par le passé, mais les Autochtones y sont moins nombreux. Du point de vue de l'itinérance, ils sont proportionnellement plus nombreux à être complètement dépourvus d'un toit à l'admission à l'étude que dans le reste de l'échantillon, mais leurs antécédents révèlent que l'itinérance dure depuis moins longtemps. Ils se distinguent des autres participants par la présence accrue de troubles psychotiques, par le plus grand nombre d'hospitalisations et par un risque suicidaire plus faible. Au moment du recrutement, le coût des services utilisés par ces personnes s'élevait en moyenne à près de 225 000 dollars par an par personne. Dans ce segment de 10 p. 100 des participants, on observe une réduction considérable des coûts durant la période de suivi, tant chez les participants du volet de l'intervention Logement d'abord que chez les bénéficiaires des services habituels, mais la réduction est nettement plus grande dans le premier groupe. Dans les faits, la diminution équivalait à plus du double du coût de l'intervention : pour ces participants, chaque tranche de 10 dollars investis dans l'intervention Logement d'abord se traduit par 21,72 dollars de coûts évités.

La figure 14 présente les éléments de compensation de coût ainsi que l'élément à l'origine d'une hausse notable de coût. L'hospitalisation psychiatrique représente l'élément à l'origine de la plus importante compensation de coût : l'intervention Logement d'abord prévient l'hospitalisation psychiatrique subséquente dans une bien plus grande mesure que les services habituels. Rien d'étonnant à cela quand on sait que de nombreuses études ont

Figure 12. Compensations et hausses de coût moyennes annualisées par personne aux besoins modérés.



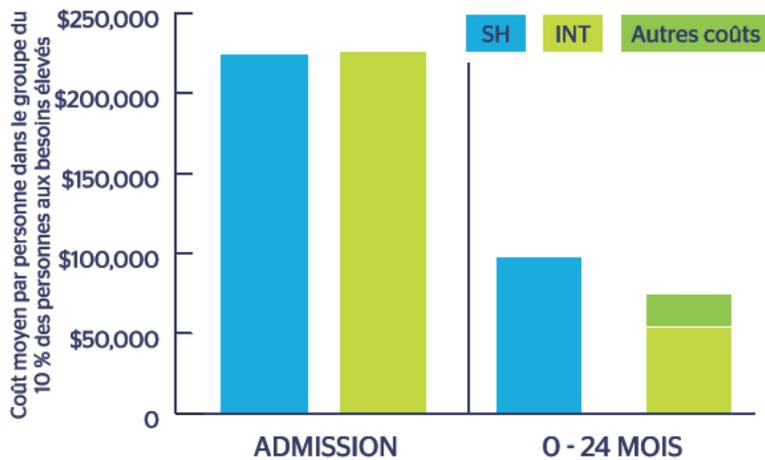


Figure 13. Comparaison entre les volets d'intervention et des services habituels quant à la compensation des coûts moyens annualisés dans le groupe des participants les plus coûteux à l'admission à l'étude (10 p. 100 des participants).

démontré l'effet bénéfique SIM, particulièrement la diminution du nombre d'hospitalisations, et de leur durée, de personnes qui séjournent longtemps et fréquemment à des unités de soins psychiatriques<sup>19</sup>. En parallèle, ce groupe de personnes aux besoins élevés a tendance à séjournier plus fréquemment dans des établissements de soins psychiatriques.

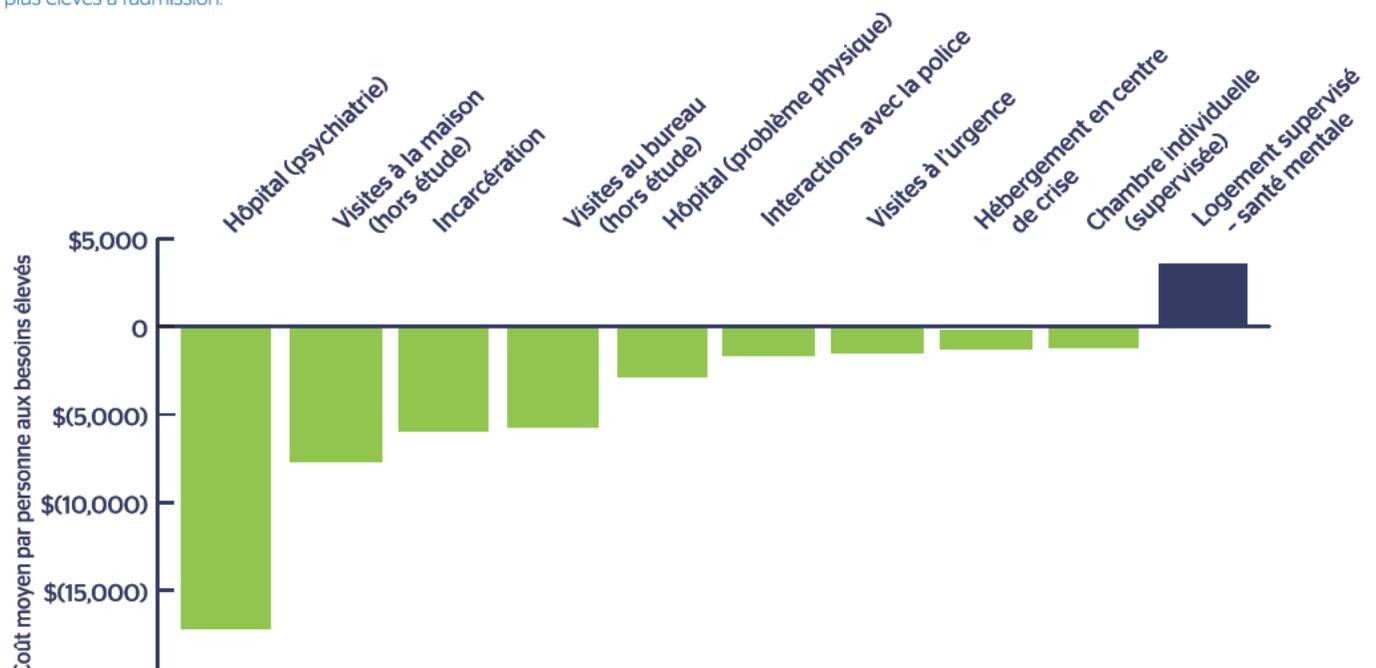
En général, sous l'angle des coûts, les services qui composent l'intervention Logement d'abord se sont substitués à d'autres services, en particulier les hospitalisations, les refuges, les prisons et centres de détention et les visites à domicile ou les consultations de pourvoyeurs de services. En moyenne, l'intervention arrive presque à se payer elle-même chez les participants aux besoins

élevés, tandis que la compensation des coûts est plus modeste chez les participants aux besoins modérés. Le fait que l'intervention s'en tient à recouvrer son coût en moyenne, sans faire plus, ne devrait pas étonner vu que les participants ont été recrutés en fonction de leurs besoins, non pas en fonction de ce qu'ils coûtaient. Certaines des personnes recrutées vivaient complètement en marge de la société, ne fréquentaient pas les refuges, ni ne recouraient à des services au moment de leur admission à l'étude. L'analyse des effets de l'intervention sur les 10 p. 100 de participants qui forment le segment des personnes qui coûtaient le plus cher avant l'étude laisse entrevoir que si les services selon l'approche Logement d'abord étaient offerts

exclusivement aux grands consommateurs de services, il serait sans doute facile de recouvrer le coût de l'intervention, mais alors, on ne comblerait pas les besoins d'autres personnes vulnérables.

Il convient de noter que la question de « l'autofinancement » de l'intervention dans le contexte qui nous occupe ne saurait être interprétée comme étant la possibilité pour le gouvernement qui a investi dans les services prévus selon l'approche Logement d'abord de voir ses dépenses dans d'autres services diminuer d'autant, et ce, pour trois motifs. En premier lieu, même si l'intervention Logement d'abord fait en sorte qu'une personne n'est pas hospitalisée, par exemple, ce lit d'hôpital qu'elle n'occupera pas sera inévitablement par quelqu'un d'autre, et l'hôpital ne changera rien à ses dépenses. Néanmoins, la personne bénéficiant de l'intervention n'a pas accaparé cette ressource onéreuse qui a pu être mise à la disposition d'une autre; l'écart entre l'offre et la demande s'est rétréci légèrement. Deuxièmement, nous avons estimé les coûts unitaires en tenant compte non seulement de la partie des coûts couverts par le gouvernement, mais également de la partie des coûts couverts par des dons du secteur privé et les coûts qu'il faudrait assumer s'il n'y avait pas le bénévolat, particulièrement dans les refuges. Donc, la baisse de la fréquentation des refuges peut être profitable en partie pour les bailleurs de fonds publics et en partie pour le secteur privé et le secteur bénévole. En dernier lieu, alors que la grande majorité des coûts évités est à l'avantage des administrations publiques provinciales (divers ministères du gouvernement provincial, celui de la justice et de la santé entre autres), certains

Figure 14. Compensation et augmentation des coûts moyens annualisés par personne dans le segment des 10 p. 100 de l'échantillon qui ont les coûts les plus élevés à l'admission.



coûts évités relèvent de l'administration publique municipale et du gouvernement du Canada (pénitenciers fédéraux, par exemple). Il n'en demeure pas moins que de véritables réductions de coût pour certains types de services, notamment les refuges, sont possibles et que l'on peut alors réaffecter des ressources à d'autres fins si l'intervention Logement d'abord s'inscrit dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre l'itinérance.

Par ailleurs, notre étude n'a duré que deux ans. Nous ne savons pas si une période de suivi plus longue aurait permis de constater une compensation des coûts plus ou moins grande pour certains participants. Mais, certains de nos résultats portent à croire que la compensation des coûts prendrait de l'ampleur avec le temps. L'analyse approfondie des entrevues qualitatives en particulier indique que la situation des participants du volet de l'intervention Logement

d'abord s'améliore en général. Avec un mode de vie un tant soit peu structuré, nombre d'entre eux pourraient avoir moins besoin d'un soutien clinique intensif. Certains pourraient réintégrer le marché du travail et ainsi non seulement subvenir à leurs besoins sans la prestation d'aide sociale ou la prestation d'invalidité, mais également contribuer à l'économie. Leur état physique et leur état mental peuvent se stabiliser. Le suivi de longue durée nous en dirait long sur les coûts et sur d'autres paramètres; d'ailleurs, tous les sites ont maintenant entrepris un suivi de quatre ans et feront état des résultats de ce suivi dans des publications avec comité de lecture.

En bref, nous constatons des différences remarquables entre les deux volets du projet quant à l'utilisation de certains services, selon l'information transmise par les participants. L'intervention Logement d'abord, tant pour les personnes aux besoins élevés que pour les

personnes aux besoins modérés, s'accompagne d'une utilisation plus appropriée des services communautaires et d'une plus grande sensibilité aux besoins des participants qui, au moment du recrutement, étaient des itinérants aux prises avec une maladie mentale et une maladie physique chronique pour la plupart; un bon nombre avaient également des problèmes de consommation de substances intoxicantes ou des troubles cognitifs et d'apprentissage. La modification du schéma d'utilisation des services se traduit par une tendance à la baisse prometteuse de certains coûts, la compensation des coûts étant plus grande chez les participants aux besoins élevés de même que chez les participants avec les coûts les plus élevés avant l'étude.

# CHAPITRE 6

## IMPACT SUR LE PLAN SOCIAL ET SUR LA SANTÉ

Au moment du recrutement, les participants au projet Chez Soi étaient en situation d'itinérance depuis environ cinq ans en moyenne et la plupart avaient de lourds antécédents de problèmes sociaux et physiques – qui remontent à la petite enfance pour beaucoup. La vie dans la rue ou dans les refuges est dure, tout est axé sur la survie : trouver de quoi se nourrir, un lieu pour s'abriter ou se reposer; éviter le harcèlement et la victimisation; dans certains cas, rechercher et consommer de la drogue pour pouvoir affronter la vie dans ces conditions. De telles circonstances ne favorisent pas le consentement au traitement de la maladie mentale ou de la consommation de substances intoxicantes, ni à la prise en charge des problèmes de santé physique. Une fois qu'ils occupent un logement de façon stable, certains verront leur situation s'améliorer rapidement, tandis que pour la plupart, le rétablissement sera lent, progressif, ponctué de temps d'arrêt. Dans le présent chapitre, nous présentons les résultats du projet qui apportent des éléments de réponse à la question de recherche que voici : **Quel est l'effet de l'intervention Logement d'abord sur la qualité de vie, le fonctionnement en société et la santé mentale et physique des participants?**

### Qualité de vie et fonctionnement en société

Pour évaluer la qualité de vie, nous utilisons l'instrument Quality of Life Index (QOLI-20) dans l'examen des renseignements communiqués par les participants. Pour évaluer le fonctionnement en société, nous nous en remettons à l'échelle Multnomah Community Ability Scale (MCAS) fondée sur les observations de l'agent de recherche qui menait l'entrevue (l'annexe A présente les instruments et la méthode d'évaluation en détail).

L'évaluation selon ces échelles révèle que l'amélioration du fonctionnement en société et de la qualité de vie est légèrement plus grande dans le volet de l'intervention Logement d'abord que dans le volet des services habituels si l'on considère l'échantillon global tous sites confondus. Nous constatons une amélioration immédiate dans les deux

volets, à laquelle succède une amélioration continue au rythme plus graduel (comme l'indiquent les figures 15 et 16). La situation des bénéficiaires des services habituels s'améliore également, mais pas autant que celle des participants de l'autre volet, tant sur le plan du fonctionnement en société que de la qualité de vie. La différence entre les volets, bien qu'encourageante du point de vue de l'effet de l'intervention à l'étude, n'est pas aussi grande que celle ayant trait à la stabilité résidentielle; nous avons effectué des analyses statistiques qui nous disent qu'elle peut être attribuée à l'intervention, qu'elle n'est pas le fruit du hasard.

Le plus grand effet de l'intervention sous l'angle du fonctionnement en société est celui obtenu sur l'échelle « comportementale » de l'instrument MCAS, qui comprend des items sur la collaboration avec les thérapeutes (y compris

l'adhésion au traitement médicamenteux), sur la consommation de drogues et sur la maîtrise de l'impulsivité. Le groupe de l'intervention Logement d'abord se démarque également de l'autre par l'amélioration plus grande de sa capacité et de son désir d'interagir avec d'autres selon l'échelle des « aptitudes sociales ». En outre, l'intervention à l'étude amène semble-t-il une amélioration des habiletés de base, dont la gestion financière, l'autonomie et l'acceptation de la maladie (sous-échelle de « l'adaptation »), mais seulement dans le groupe SIV. L'évaluation selon cette sous-échelle ne détecte pas de différence entre les deux volets, services habituels et approche Logement d'abord, en ce qui concerne le groupe SIM. Rien de probant n'indique que l'intervention à l'étude a un effet particulier dans l'amélioration de la santé physique ou de la santé mentale selon la notation de l'intervieweur à l'échelle

Figure 15. Comparaison entre les volets d'intervention et des services habituels quant au fonctionnement en société durant la période à l'étude.

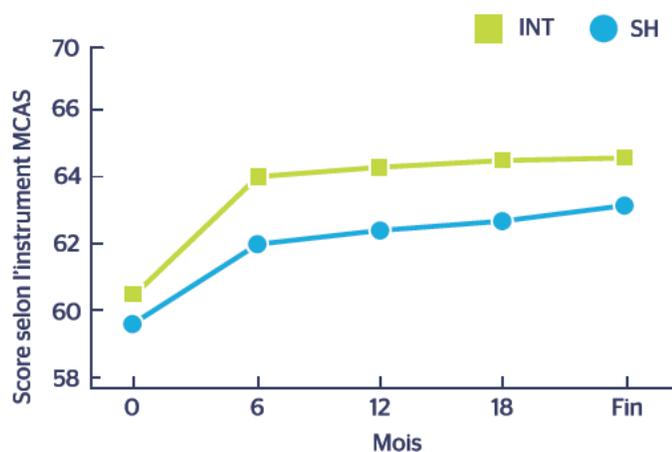
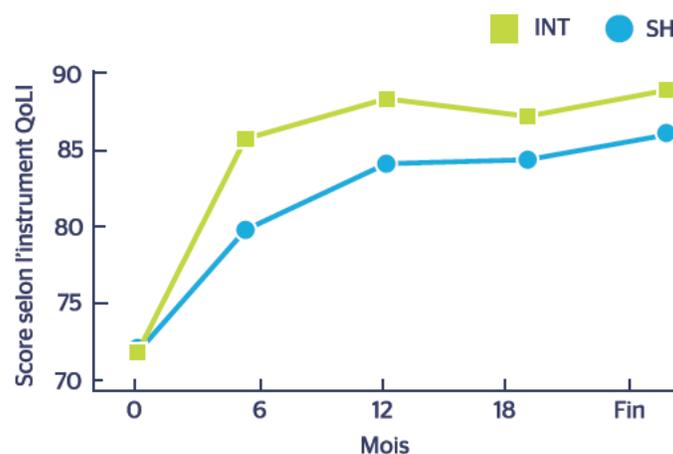


Figure 16. Comparaison entre les volets d'intervention et des services habituels quant à la qualité de vie durant la période à l'étude.



MCAS; on observe une amélioration sous ces aspects, mais elle est du même ordre pour les participants des volets Logement d'abord et services habituels. Selon l'échelle MCAS, la situation des hommes s'améliore plus que celle des femmes; à souligner que les femmes des deux volets de l'étude obtiennent des scores très semblables à l'échelle MCAS; ainsi, l'intervention n'a pas d'effet sur cette échelle pour les femmes. Toujours selon les scores à l'échelle MCAS, la situation des participants dans la quarantaine ou la cinquantaine s'améliore un peu plus que celle des jeunes adultes.

L'intervention a amélioré la qualité de vie des participants selon leurs dires. Le plus grand changement est noté sans grande surprise à la sous-échelle des « conditions de vie » portant sur la satisfaction à propos de la résidence et du quartier. L'évaluation met en évidence une légère différence entre les deux volets quant à la sécurité ressentie et à la satisfaction à l'égard des finances, des aspects qui sont liés au fait de procurer un logement. Nous avons cependant peu d'indications selon lesquelles l'intervention étudiée améliore la satisfaction des participants quant à leur vie sociale ou à leurs relations familiales; comme pour le reste, on note une amélioration à ces égards, mais elle est de même ampleur pour ainsi dire dans les deux volets du projet. En général, l'intervention est légèrement plus bénéfique pour le groupe aux besoins modérés que pour le groupe aux besoins élevés, en particulier pour ce qui est des activités récréatives et de la sécurité ressentie. Les résultats ayant trait à la qualité de vie et au fonctionnement en société sont explorés plus à fond dans les rapports des sites. Nous n'avons pas décelé de différences dans la qualité de vie selon le sexe ou l'âge.

En résumé, bien que l'on constate une amélioration générale de la situation des participants sous ces aspects dans les deux volets de l'étude, l'amélioration est plus rapide et de plus grande ampleur dans le volet de l'intervention Logement d'abord que dans le volet des services habituels, tant pour ce qui est de la qualité de vie (selon les réponses des participants au questionnaire) que du fonctionnement en société.

Dans le volet de l'intervention Logement d'abord, la probabilité d'une évolution positive est deux fois plus élevée que dans le volet des services habituels. De plus, dans ce dernier volet, la probabilité d'une évolution négative est quatre fois plus élevée que celle dans le volet de l'intervention.

Les observations des participants indiquent que l'habitation leur a insufflé l'espoir d'un rétablissement, sur le plan personnel comme sur le plan social, ainsi que, pour certains, la motivation de « faire ce qu'il faut » pour se réapproprier le pouvoir d'agir, reprendre leur vie en mains, « se concentrer sur eux » et leur santé mentale.

Dans le cadre de la recherche qualitative, les participants ont pu nous dire dans leurs mots de quelle manière évoluait leur situation sous les aspects mesurés à l'aide des échelles. En général, il ressort de cette information qualitative que l'existence des participants jusque-là axée exclusivement sur la survie devient « plus sécuritaire », « paisible » et « moins coincée »; les participants sortent enfin de l'impasse et peuvent se donner un but dans la vie. À l'admission à l'étude, les participants avaient des mots comme « tuer le temps » et « tourner en rond » pour décrire leur vie au jour le jour. Une fois logés, ils ont commencé à parler d'activités telles se « créer une routine agréable » et « faire des choses qui ont de l'importance ». Un participant de Toronto a ce constat : « *Je suis vraiment fier de moi, avec beaucoup d'aide, j'ai réussi, pas vraiment à retourner où j'étais, mais quand même à améliorer ma situation.* »

## Santé et consommation de substances intoxicantes

Nous constatons en outre que la situation des participants, sous les angles de la santé mentale et des problèmes de consommation de substances intoxicantes s'améliore (en fonction du Colorado Symptom Index [CSI] pour ce qui est de la santé mentale et du Global Assessment of Individual Needs Substance Problem Scale [GAIN SPS] pour ce qui est de la consommation de substances intoxicantes [voir l'annexe A]).

et l'amélioration est semblable dans tous les groupes du projet. Selon toute apparence, l'intervention à l'étude ne hâte pas cette amélioration dans les deux ans du suivi. D'autre part, offrir un logement à des personnes sans leur imposer d'exigences pour l'obtenir n'accroît pas le risque pour ces participants, et l'évolution de leur état est tout aussi bonne que celle des participants à qui l'on propose les soins usuels.

Plusieurs raisons expliquent possiblement l'amélioration limitée de la santé mentale et des problèmes de consommation. Des études confirment que nombre de ces maladies sont permanentes. Le rétablissement passe par l'atténuation des symptômes il est vrai, mais également par un apprentissage pour savoir gérer ces symptômes de manière équilibrée. Ce faisant, la personne peut se remettre à exercer d'importants rôles sociaux (voisin, membre d'une famille, ami, collègue). Le logement et les services constituent l'assise préalable à un tel rétablissement, mais ne garantissent pas qu'il se produise dans l'immédiat. Pour beaucoup, le rétablissement est un très long parcours. La plupart des participants ont manifesté des symptômes incontrôlés pendant des années avant leur admission au projet; deux ans dans une habitation stable (moins longtemps pour la plupart, car il a fallu obtenir le logement et y installer le participant) et de soutien offert par des pourvoyeurs de soins et de services ont simplement amorcé le processus probablement. Cependant, le seul fait que ces personnes itinérantes habitent dans un logement est une réussite en soi, et notre étude démontre que l'habitation se traduit par une réelle amélioration de leur fonctionnement en société et de leur qualité de vie. Nous espérons que cela amènera aussi une amélioration soutenue de leur santé mentale et contribuera à régler leurs problèmes de consommation de substances intoxicantes.

Nous observons une amélioration de l'état des participants du volet des services habituels sous la plupart des aspects. Nous nous attendions à ce résultat. Avant l'étude, de nombreux participants avaient des hauts et des bas — des périodes sans abri dans des conditions misérables et

d'autres où ils avaient à se loger et fonctionnaient assez bien. Au recrutement, la plupart étaient dans une situation de crise. Par conséquent, nous pouvions escompter que leur situation s'améliore en général. Ce phénomène est désigné par les statisticiens de « régression vers la moyenne ». Il démontre l'importance d'avoir choisi d'évaluer le modèle Logement d'abord au moyen d'une étude expérimentale. Si la répartition des participants dans le volet de l'intervention Logement d'abord se fait au hasard (« randomisation ») et que nous comparons ce groupe à un groupe témoin, qui ne bénéficie pas de cette intervention, nous pouvons être relativement certains que les différences que nous observerons durant l'étude pourront être attribuées à l'intervention. Si nous ne pouvions comparer le groupe de l'intervention Logement d'abord à qui que ce soit, il y aurait fort à parier que nous surestimerions l'efficacité de l'intervention.

La santé physique des participants des deux groupes demeure sensiblement la même tout au long de l'étude. Bien que le logement et la présence d'une équipe clinique aient pu faciliter l'accès à des soins de santé physique, ces soins n'étaient pas offerts comme tels dans le cadre du projet; de nombreux participants fréquentaient déjà souvent les urgences et utilisaient d'autres services. Beaucoup de participants étaient également aux prises avec des problèmes chroniques, des troubles respiratoires, l'hépatite C, la polyarthrite et le diabète, par exemple, des maladies que l'on ne peut guérir facilement, que l'on peut seulement prendre en charge et encore, difficilement. Dans ces cas, la stabilité de l'état de santé vaut mieux que le déclin.

## Évolution des participants

Nous avons analysé l'information colligée lors des entrevues qualitatives et avons classé le récit des participants en trois catégories selon leur évolution (parcours de vie) au cours de l'étude : positive, négative ou variable ou inchangée (voir la figure 17). Par souci de fiabilité, deux évaluateurs ont chacun de leur côté déterminé la nature de l'évolution de chaque participant; le degré d'accord des deux évaluateurs est très bon. Ce portrait global de la situation sociale et sanitaire des participants fait ressortir des effets qui s'apparentent aux

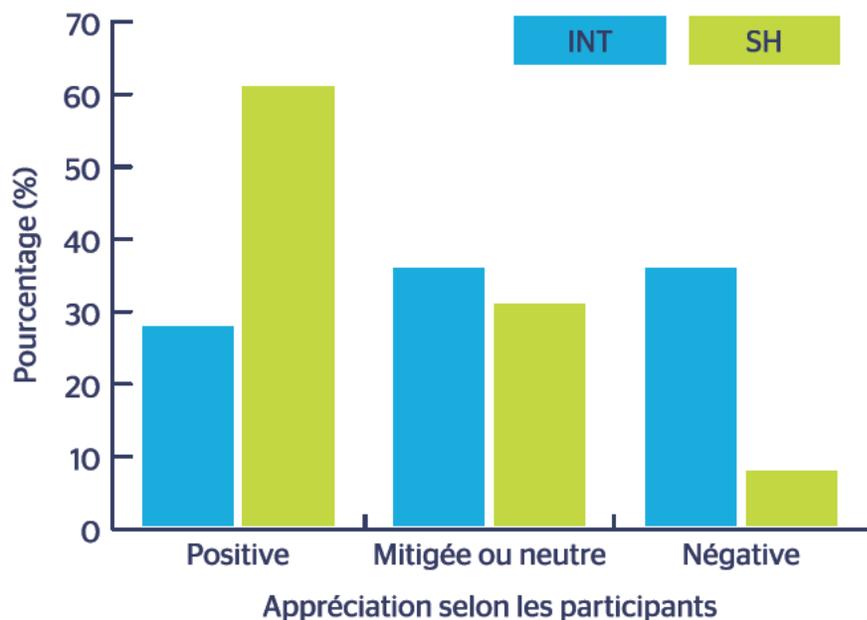


Figure 17. Évolution des groupes d'intervention et des groupes témoin.

constats en matière de logement. Dans le volet de l'intervention Logement d'abord, la probabilité d'une évolution positive est deux fois plus élevée que celle dans le volet des services habituels. De plus, dans ce dernier volet, la probabilité d'une évolution négative est quatre fois plus élevée que celle dans le volet de l'intervention.

Les observations des participants indiquent que l'habitation leur a insufflé l'espoir d'un rétablissement, sur le plan personnel comme sur le plan social, ainsi que, pour certains, la motivation de « faire ce qu'il faut » pour se réapproprier le pouvoir d'agir, reprendre leur vie en mains, « se concentrer sur eux » et leur santé mentale. Il importe de souligner que ces constatations illustrent les *résultats moyens dans le groupe*. La réaction individuelle à l'intervention (SIM et SIV) et aux services habituels varie énormément au fil du temps.

## Facteurs d'influence de l'évolution positive

L'occupation stable d'un logement est un facteur important de la trajectoire positive. La stabilité résidentielle a instillé de l'espoir et de l'assurance aux participants, leur a donné la

possibilité d'exercer de nouveaux rôles sociaux. Les *relations sociales positives* sont un autre facteur d'importance, un aspect aux multiples facettes et variable selon le site. À Toronto, les participants qui ont entretenu de bonnes relations avec la famille, ou qui ont renoué avec elle, ont tendance à avoir une trajectoire positive; il en va de même à Winnipeg pour les Autochtones qui se sont rapprochés de leurs traditions culturelles et de leur communauté d'appartenance. À tous les sites, l'influence des *relations sociales positives* sur la trajectoire des participants tient au soutien qui en découle. Le soutien du réseau social est associé à une *diminution de la consommation de substances intoxicantes*. Il est difficile de déterminer le sens de la corrélation entre ces facteurs, lequel est la cause, lequel est l'effet – de savoir si la baisse de la consommation de drogues est causée par l'évolution des relations sociales ou en découle. Ce qui est certain toutefois, c'est que la *diminution de la consommation de substances intoxicantes* est associée à la trajectoire positive. Enfin, l'exercice de *nouveaux rôles sociaux* est un facteur important de la trajectoire positive à tous les sites. À Vancouver, Toronto et Moncton, de nombreux participants se sont mis au bénévolat, à l'entraînement

Les observations des participants indiquent que l'habitation leur a insufflé l'espoir d'un rétablissement, sur le plan personnel comme sur le plan social, ainsi que, pour certains, la motivation de « faire ce qu'il faut » pour se réapproprier le pouvoir d'agir, reprendre leur vie en mains, « se concentrer sur eux » et leur santé mentale.

d'une équipe de balle molle, au travail, aux études ou à l'entraide à titre de pairs. Dans le cadre de ces activités, les participants exercent de nouveaux rôles sociaux leur permettant d'exprimer une identité sociale positive.

lot de participants logés comme de participants non logés, l'isolement est en général – mais pas exclusivement – le sort de participants logés. Dans les deux cas, les participants qui souffrent d'isolement n'ont pas le réseau social de soutien nécessaire et important dans la réorientation d'une vie. La consommation de drogues accrue ou continue est également un facteur présent dans la trajectoire négative, et le comportement laisse deviner que la personne côtoie fréquemment des utilisateurs de drogues. Enfin, le désespoir est un trait marquant de la trajectoire négative. À tous les sites, le désespoir est vu comme la conviction profonde que rien ne changera jamais, que la situation ne s'améliorera pas. Le désespoir est lié aux antécédents de marginalisation sociale, de perception d'échec et de déception devant les difficultés de la vie. À titre d'exemple de scénario courant menant au désespoir, mentionnons la perte du logement. Une participante de Vancouver évincée de son appartement relate son expérience comme suit : « *Je suis une toxicomane – j'ai tout bousillé. J'ai été sobre durant huit mois, puis j'ai rechuté... Peut-être que je ne suis pas assez bien pour avoir un appartement. C'est ce que je pense maintenant.* »

## Facteurs d'influence de l'évolution variable ou inchangée

La consommation de drogues et la perception d'échec ou de déception sont associées à l'évolution variable. Le parcours des participants dont l'évolution est variable n'est pas linéaire, il est ponctué d'avancées et de reculs en proportion à peu près égale. Ces participants, comme ceux dont l'évolution est négative, se remettent à consommer de la drogue et subissent les effets de la rechute. *La perception d'échec et de déception* demeure le facteur déterminant de la trajectoire variable. Cette perception a le même effet que le *désespoir* sur les participants à l'évolution négative, c'est-à-dire que le participant s'efforce de changer le cours de son existence mais qu'il parvient difficilement à tenir bon quand il affronte un écueil. L'alternance subséquente entre l'espoir et la déception est emblématique de la trajectoire variable. Voici un exemple éloquent d'évolution variable : un participant de Vancouver était déterminé à retourner sur les bancs d'école et à renouer avec sa famille, mais cela ne s'est pas bien déroulé, déprimé et sans espoir, le participant s'est replié sur lui-même.

## Lien entre la fidélité au modèle et les principales conclusions de l'étude

Nous nous sommes penchés sur la question de savoir si la fidélité au modèle avait une

incidence sur les résultats de l'intervention. La stabilité résidentielle, la qualité de vie et le fonctionnement en société sont d'autant mieux que l'intervention respecte de près les normes du modèle Logement d'abord. Nous constatons en outre que les participants recrutés vers la fin voient leur situation s'améliorer dans une plus grande mesure que celle des participants recrutés au début, ce qui donne à penser qu'avec le temps l'intervention est de plus en plus fidèle au modèle. En vertu de ce constat, il appert que le fait de favoriser le respect de tous les éléments du modèle Logement d'abord et d'investir dans la formation et le soutien technique peuvent s'avérer payants du fait que les résultats s'en trouvent améliorés. Il en ressort également que l'on pourrait s'attendre à de meilleurs résultats dans l'ensemble si le programme durait longtemps; notre étude révèle que la fidélité s'améliore car les nouveaux programmes ont résolu les problèmes et acquis de l'expérience, et une fidélité accrue s'accompagne de meilleurs résultats. Le constat contribue en outre à valider l'approche Logement d'abord, en ce sens que si l'intervention n'était pas efficace, la fidélité au modèle, bonne ou mauvaise, n'y changerait rien.

En bref, les constatations sous les aspects sanitaires et sociaux indiquent que la situation des participants des deux volets de l'étude s'améliore, que la période d'itinérance aiguë ou de crise est chose du passé. Outre les résultats en matière d'habitation, nous avons observé que les participants du volet des services habituels ont eu accès à une gamme d'interventions d'ordre thérapeutique à chacun des sites, et que nombre de ces interventions ont été bénéfiques. Bien que, selon toute apparence, l'intervention Logement d'abord ait le même effet pour ce qui est de la santé mentale et de la consommation de substances intoxicantes, les constatations eu égard à la qualité de vie et au fonctionnement en société révèlent que l'intervention peut amener une amélioration dans d'autres domaines de la vie, ce qui est prometteur quant aux résultats et au rétablissement à long terme.

## L'occupation stable d'un logement, la qualité de vie et le fonctionnement en société affichent une plus grande amélioration dans les programmes plus conformes aux principes de l'approche Logement d'abord :

- 1 **Accès immédiat à un logement sans avoir à satisfaire d'exigences ou conditions préalables**
- 2 **Liberté de choisir et autodétermination de l'usager**
- 3 **Objectif de rétablissement**
- 4 **Services individualisés orientés par l'usager**
- 5 **Intégration sociale et communautaire**

## Facteurs d'influence de l'évolution négative

*L'habitation précaire* – la perte du logement, l'hébergement dans un refuge, l'habitation de mauvaise qualité ou instable, les déconvenues relatives au logement – est un indicateur prévisionnel de la trajectoire négative à tous les sites. Il convient de mentionner que l'habitation précaire peut être la conséquence de la mise en application inégale du modèle là où le parc immobilier est de qualité variable, comme à Winnipeg. L'habitation est un élément central du modèle Logement d'abord et du rétablissement, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'habitation précaire soit un motif crucial de la trajectoire négative. Les relations sociales négatives et l'isolement sont également des facteurs qui sont déterminants dans la trajectoire négative. Bien que les relations sociales négatives aient été le

# CHAPITRE 7

## INCIDENCE D'ORDRE PRATIQUE ET POLITIQUE

Le projet Chez Soi constitue une source de données probantes susceptibles d'éclairer l'élaboration de politiques et de programmes efficaces fondés sur l'approche Logement d'abord à l'intention de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale, avec ou sans problèmes de consommation de substances intoxicantes.

Le savoir acquis au cours de cette étude est là pour qui veut l'utiliser, nous poursuivons l'analyse des données et nous en diffuserons les résultats afin de soutenir la mise en œuvre de programmes Logement d'abord éclairés par des données probantes. L'approche gagne en popularité un peu partout au pays alors que des administrations publiques et des collectivités étudient comment la mettre en œuvre, l'adapter à leur contexte ou comment en tirer profit pour améliorer leur offre actuelle de programmes et de services. Des collectivités qui ont déjà mis en œuvre un programme de lutte contre l'itinérance Logement d'abord pourront l'étendre et le renforcer. Le gouvernement du Canada amorce lui-même une importante réorientation stratégique axée sur le modèle Logement d'abord dans le renouvellement du financement de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance et favorise ainsi l'expansion de cette approche au Canada. Les constatations du projet Chez Soi viennent enrichir l'expertise canadienne dans ce domaine en offrant un solide corpus de données probantes issues de la recherche et d'expérience dans la mise en œuvre, qui se révéleront utiles certes dans l'élaboration de politiques et de programmes de priorité au logement.

### PRINCIPALES CONSTATATIONS

- 1 Le modèle Logement d'abord peut être mis en œuvre de façon efficace dans des villes canadiennes de diverses taille et composition ethnoraciale et culturelle.** Le projet Chez Soi a adopté une approche conforme aux critères du modèle Logement d'abord tout en l'adaptant au contexte particulier des cinq villes où il s'est déroulé. Le cas échéant, les sites ont su adapter l'intervention Logement d'abord aux Autochtones, immigrants et autres groupes ethnoraciaux selon leur culture (voir le chapitre 2).
- 2 L'intervention selon le modèle Logement d'abord met un terme à l'itinérance rapidement.** Dans les cinq villes, la proportion de participants obtenant un logement et le conservant est bien plus grande dans le volet Logement d'abord que dans le volet des services habituels (voir le chapitre 4).
- 3 Le modèle Logement d'abord représente un investissement judicieux.** L'analyse économique met en évidence des économies et des compensations de coût (voir le chapitre 5).
- 4 Le modèle Logement d'abord ne se limite pas au logement.** Les services de soutien et d'ordre thérapeutique offerts dans le volet de l'approche Logement d'abord ont contribué à la transformation du schéma d'utilisation des services, plus précisément à l'abandon du recours aux services d'assistance en cas de crise, aux urgences, aux soins de santé de courte durée en établissements au profit de l'utilisation de services communautaires et de soins ambulatoires. L'intervention a soutenu et encouragé l'utilisation appropriée de services de santé et des services d'hébergement en refuge (voir le chapitre 5).
- 5 Les effets bénéfiques d'un toit et du soutien débordent du cadre des effets des services comme tels.** Du point de vue de la qualité de vie et du fonctionnement en société, la situation des participants du volet de l'intervention Logement d'abord s'améliore dans une plus grande mesure que celle des participants du volet des services habituels, et ce, à toutes les villes (voir le chapitre 6).
- 6 Le changement suscité par le modèle Logement d'abord peut prendre diverses formes.** En général, l'amélioration de la situation est plus grande, et les épisodes négatifs moins nombreux, dans le volet de l'intervention Logement d'abord que dans le volet des services habituels (voir la chapitre 6). Il reste à bien comprendre les raisons de ces différences et à savoir pourquoi un petit groupe du volet de l'intervention Logement d'abord n'est pas parvenu à occuper un logement de façon stable (voir le chapitre 4) pour pouvoir moduler la démarche selon les besoins à l'avenir.
- 7 La fidélité au modèle Logement d'abord est essentielle à l'obtention de résultats optimaux.** L'habitation stable, la qualité de vie et le fonctionnement en société ont été d'autant mieux que l'intervention était conforme aux normes et aux principes directeurs du modèle Pathways (voir le chapitre 6).

# INCIDENCE D'ORDRE POLITIQUE

**1** **L'approche Logement d'abord est une intervention de lutte contre l'itinérance efficace, pragmatique et humaine.** Peu d'interventions ou de stratégies de lutte contre l'itinérance peuvent être qualifiées de véritables pratiques exemplaires, mais l'approche Logement d'abord en est une. Des études rigoureuses démontrent son efficacité. Le projet Chez Soi a mis en œuvre l'approche dans cinq villes du Canada; ses constatations illustrent la capacité de l'intervention Logement d'abord de mettre un terme à l'itinérance, de changer le sort de personnes marquées par l'itinérance chronique, la maladie mentale grave, la consommation de substances intoxicantes et d'autres problèmes complexes.

**2** **L'approche Logement d'abord améliore l'accès aux services communautaires et peut contribuer à la limitation des coûts.** L'analyse des données du projet Chez Soi révèle les compensations de coût mesurables associées à l'intervention Logement d'abord. En ce qui a trait aux soins et aux services de santé, l'intervention contribue à la limitation des coûts en améliorant l'accès aux services de santé nécessaires et en favorisant la transformation du schéma d'utilisation des services, plus précisément l'abandon des services hospitaliers et des services d'assistance en cas de crise au profit de consultations appropriées et planifiées et de services de suivi périodique communautaire. Par conséquent, l'approche Logement d'abord encourage l'utilisation appropriée des ressources sanitaires hospitalières et communautaires.

Les économies comme telles sont plus probables dans le secteur des dépenses relatives à l'hébergement en refuge si l'on envisage d'étendre l'approche Logement d'abord dans le cadre d'une vaste stratégie de lutte contre l'itinérance qui aura pour effet de diminuer l'itinérance chronique et le nombre de lits nécessaires dans les refuges. Au vu de la demande croissante en services de santé d'urgence et hospitaliers exercée par la population de plus en plus nombreuse aux besoins élevés mais insatisfaits, il est difficile de fermer des lits et d'affecter des ressources ou des sommes à d'autres secteurs. Dans la petite collectivité où la capacité du programme de priorité au logement atteint une masse critique, la fermeture de lits de refuge pourra être envisagée plus rapidement sans doute. Dans le grand centre urbain, il est probablement

plus raisonnable de s'attendre à pouvoir éviter certains coûts plutôt qu'à produire des économies. La baisse de l'utilisation de ressources par des personnes itinérantes peut certes alléger le fardeau des refuges et des organismes de santé. Cette constatation est particulièrement importante quand on sait que seulement 15 p. 100 des personnes itinérantes vivent dans l'itinérance chronique ou épisodique (le reste se caractérise par l'itinérance transitoire), mais que ce sont ces personnes qui accaparent plus de la moitié des ressources consacrées à l'itinérance, dont les refuges et les programmes de jour<sup>20</sup>.

**3** **Pour obtenir des résultats optimaux, le programme fondé sur l'approche Logement d'abord se doit d'être conforme aux principes directeurs du modèle, même s'il s'adapte au contexte local.** L'approche Logement d'abord gagnant en popularité, il y a un risque qu'elle se dissocie du modèle sous certains aspects, que l'on passe outre les principes fondamentaux du modèle ou que l'on n'en respecte que quelques-uns<sup>21</sup>. Les éléments essentiels du modèle Logement d'abord sont l'accès immédiat à un logement sans avoir à satisfaire d'exigences, la liberté de choisir et l'autodétermination de l'utilisateur, le rétablissement comme orientation (y compris la réduction des méfaits), des services de soutien individualisés orientés par l'utilisateur et l'intégration sociale et communautaire<sup>22</sup>. Le projet Chez Soi démontre que la fidélité aux principes directeurs du modèle Logement d'abord, tout en l'adaptant lorsque nécessaire, constitue un élément de la réussite du programme. La capacité d'offrir de solides services fondés sur des données probantes représente un aspect majeur de la fidélité. Le projet Chez Soi constate que la stabilité résidentielle, la qualité de vie et le fonctionnement en société sont d'autant mieux que le programme se conforme de près aux normes du modèle Logement d'abord. Bien connaître les éléments fondamentaux du modèle revêt de l'importance dans la conception et la mise en œuvre du programme, et l'investissement dans la formation continue et le soutien technique ainsi que l'évaluation du programme ou l'évaluation de la qualité sont rentables en ce sens que les résultats s'en trouvent améliorés.

**4** **Le partenariat et la collaboration entre les administrations publiques, les collectivités et le secteur des services sont nécessaires à la mise en œuvre de l'approche Logement d'abord.** Les constatations qualitatives du projet Chez Soi nous permettent de cerner les ingrédients essentiels de la mise en œuvre réussie de l'approche Logement d'abord au Canada. Un enseignement, vital, du projet veut que, bien qu'il illustre que les collectivités canadiennes peuvent effectivement mettre en œuvre des programmes fondés sur cette approche, une direction ferme et l'alliance de ministères, de secteurs, d'administrations publiques et des collectivités en question sont nécessaires pour mettre en place une dynamique reliant des systèmes et des programmes compartimentés afin de s'attaquer à tous les aspects de la problématique complexe de l'itinérance chronique. Le projet Chez Soi est riche d'exemples de collaboration intersectorielle qui ont facilité la navigation des participants dans ces systèmes.

**5** **Il peut être nécessaire d'adapter l'approche Logement d'abord pour combler les besoins particuliers de certains groupes de la population itinérante.** Nous devons examiner en profondeur les avantages et les défis potentiels du modèle appliqué à d'autres groupes de la population à risque d'itinérance (familles, femmes, aînés, jeunes, sans abri de courte durée, par exemple). Le modèle, dans ses principes fondamentaux, semble prometteur dans ces groupes, mais il pourrait y avoir lieu de le modifier, notamment dans la composition des équipes de service et de soutien, afin de combler les besoins du groupe desservi. Il sera avantageux de bien cerner pour qui l'approche Logement d'abord est bénéfique et pour qui elle ne l'est pas, et les modifications nécessaires selon le groupe à qui elle s'adresse. Reste à creuser la question pour déterminer l'approche qui saura répondre au mieux aux besoins des personnes qui n'ont pas réagi favorablement à l'intervention Logement d'abord dans sa forme classique (environ 13 p. 100 de l'échantillon).



**Pour éradiquer l'itinérance au Canada, il est nécessaire de mettre en place des programmes et d'offrir du financement dans le but de combler les lacunes en matière de logement abordable, y compris par l'entremise de l'approche Logement d'abord et le supplément au loyer.**

Le projet Chez Soi, qui prévoit un supplément au loyer, a été une réussite dans les cinq villes où il s'est déroulé. Les participants ont eu le choix du quartier et du type d'habitation, étant donné que le projet reprend deux principes fondamentaux de l'approche Logement d'abord, la liberté de choisir et l'autodétermination, qui constituent l'assise du rétablissement. Le modèle de priorité au logement repose sur la thèse selon laquelle la personne connaît ses besoins mieux que quiconque, notamment où elle veut habiter et le genre de services auxquels elle souhaiterait avoir accès. Les constatations du projet Chez Soi abondent dans le même sens que les données probantes démontrant que le choix du logement améliore la stabilité résidentielle et la qualité de vie et que, s'ils ont le choix, nombreux sont ceux qui opteront pour une habitation permanente indépendante de préférence à l'habitation collective ou au logement social<sup>23</sup>. De tels constats laissent sous-entendre que l'offre d'une gamme complète de types de logements et de services de soutien comprenant le supplément au loyer permettrait aux personnes de choisir parmi ces possibilités et de se trouver un chez soi qui correspond à leurs besoins. Cependant, partout au Canada, y compris dans les villes où s'est tenu le projet, les logements abordables sont en nombre insuffisant en général et il y a très peu d'habitations indépendantes, abordables et de bonne qualité pour les personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale en particulier. Si l'on souhaite que l'approche Logement d'abord se répande au pays et qu'elle vienne mettre un terme à l'itinérance dans nos collectivités, il est essentiel d'accroître l'accès à des logements abordables et de bonne qualité.

## SUITE DES CHOSES

Pour appuyer les collectivités désireuses d'adopter l'approche Logement d'abord, l'équipe du projet Chez Soi a synthétisé les enseignements tirés du projet et d'autres programmes fondés sur ce modèle dans une trousse d'information destinée à encadrer la planification et la mise en œuvre de programmes efficaces reprenant l'approche Logement d'abord au Canada; la trousse d'information paraîtra au printemps 2014. En outre, la Commission de la santé mentale du Canada s'est alliée à des partenaires dans le but de mettre sur pied et d'offrir de la formation et du soutien technique à des collectivités qui prévoient mettre en œuvre un programme de lutte contre l'itinérance Logement d'abord.

Le site Web de la Commission sera un mécanisme central de diffusion des rapports et des articles sur le projet Chez Soi. Nous échangeons des connaissances avec d'autres groupes et tribunes actifs dans les domaines de l'itinérance et de la santé mentale. Le présent rapport final offre une vue d'ensemble approfondie du projet à facettes multiples et des communications scientifiques feront état d'autres analyses des données du projet (ainsi, les analyses des résultats au terme de la période de deux ans de suivi intensif dans le milieu et de suivi d'intensité variable devraient paraître sous peu). Les rapports des sites décrivent les caractéristiques du projet et les résultats et les constatations dans le contexte particulier de chacun des sites.

## CONCLUSION

Le projet Chez Soi illustre que la mise en œuvre de l'approche Logement d'abord au Canada est possible et que l'approche est bénéfique tant pour les personnes itinérantes que pour le système de services et la collectivité. Les nombreux pourvoyeurs de services qui ont participé au projet ont acquis de nouvelles compétences et renforcé la capacité de la collectivité dans l'offre et la prestation de services axés sur le rétablissement. Par la force des choses, le projet a rassemblé des pourvoyeurs de services, des intervenants et des fonctionnaires de divers secteurs qui ont uni leurs efforts pour s'attaquer à une question complexe – mettre en application l'approche Logement d'abord à l'intention de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale grave. Bien que certaines questions à propos du modèle Logement d'abord demeurent entières, le potentiel du modèle est évident, et l'équipe du projet Chez Soi a contribué à l'enrichissement de l'expertise dans ce domaine au Canada et sur la scène internationale et entend poursuivre sur sa lancée.

*J'ai repris contact avec mes enfants et l'équipe du projet Chez Soi m'a aidé à m'en sortir. Je suis très reconnaissant envers la personne qui a eu cette idée d'aider ceux qui vivent dans la rue et je souhaite qu'on pourra continuer à le faire parce qu'il y a tellement de personnes qui souffrent. J'en vois tous les jours et je sais à quel point la vie n'est pas facile pour eux.*

(Participant de Winnipeg)

# RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Stephen Gaetz, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013) : État de l'itinérance au Canada 2013. Un rapport de recherche Homeless Hub. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_FR\\_O.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_O.pdf)
- <sup>2</sup> Hwang S.W., Wilkins R., Tjepkema M., O'Campo P.J., Dunn J.R. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *Bmj*. 2009;339:b4036. *BMJ*. 2009; 339: b4036.
- <sup>3</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale, Conseil canadien de développement social (2011) : Le logement, la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Commission de la santé mentale du Canada. [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/PrimaryCare\\_Turning\\_the\\_Key\\_Full\\_FRE.pdf?terminal=38](http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/PrimaryCare_Turning_the_Key_Full_FRE.pdf?terminal=38)
- <sup>4</sup> Stephen Gaetz, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013) : État de l'itinérance au Canada 2013. Un rapport de recherche Homeless Hub. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_FR\\_O.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_O.pdf)
- <sup>5</sup> Canadian Homelessness Research Network (2012) : La définition canadienne de l'itinérance. Homeless Hub : <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/CHRNhomelessdefinitionFR.pdf>
- <sup>6</sup> Goering P., Tomczenko G., Sheldon T., Boydell K. et Wasylenki D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53(11), 1472-1474.
- <sup>7</sup> Stephen Gaetz, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013) : État de l'itinérance au Canada 2013. Un rapport de recherche Homeless Hub. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press; p. 28. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_FR\\_O.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_O.pdf)
- <sup>8</sup> Stephen Gaetz, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013) : État de l'itinérance au Canada 2013. Un rapport de recherche Homeless Hub. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_FR\\_O.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_O.pdf)
- <sup>9</sup> Stephen Gaetz, Fiona Scott et Tanya Gulliver (2013). Housing First in Canada. <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/Documents/HousingFirstInCanada.pdf>
- <sup>10</sup> Paula Goering, Scott Veldhuizen, Aimee Watson, Carol Adair, Brianna Kopp, Eric Latimer et Angela Ly. (2012). *Projet Chez Soi, rapport provisoire*. Commission de la santé mentale du Canada. <http://mentalhealthcommission.ca/English/document/5032/home-interim-report?terminal=38>
- <sup>11</sup> Paula Goering, Scott Veldhuizen, Aimee Watson, Carol Adair, Brianna Kopp, Eric Latimer et Angela Ly. (2012). *Projet Chez Soi, rapport provisoire*. Commission de la santé mentale du Canada. <http://mentalhealthcommission.ca/English/document/5032/home-interim-report?terminal=38>
- <sup>12</sup> Les rapports de recherche qualitative paraissent à <http://mentalhealthcommission.ca/English/initiatives-and-projects/home>. 1. Conception of the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-Site Report; 2. Planning and Proposal Development for the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-Site Report; 3. Implementation and Fidelity Evaluation of the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-Site Report; 4. Follow-up Implementation and Fidelity Evaluation of the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross Site Report.
- <sup>13</sup> Statistique Canada. La mosaïque ethnoculturelle du Canada, Recensement de 2006. Ottawa : Statistique Canada; 2008.
- <sup>14</sup> Société canadienne d'hypothèques et de logement. Définitions en ligne [http://cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions\\_EN.html#\\_Core\\_Housing\\_Need\\_Status](http://cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_EN.html#_Core_Housing_Need_Status)
- <sup>15</sup> Vicky Stergiopoulos, Carolyn Dewa, Janet Durbin, N Chau, T Svoboda. (2010). Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 21(3); 1031-45.

- <sup>16</sup> Blakely C.H., Mayer J.P., Gottschalk R.G., Schmitt N., Davidson W.S., Roitman D.B. et Emshoff J.G. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15, 253-268.
- <sup>17</sup> Hawe P., Shiell A. et Riley, T. (2004). Complex interventions: How "out of control" can a randomised controlled trial be? *British Medical Journal*, 328, 1561-1563.
- <sup>18</sup> Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Center City, MN: Hazelden.
- <sup>19</sup> Latimer, E. *Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of The Literature*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999;44(5):443-54.
- <sup>20</sup> Stephen Gaetz, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013) : *État de l'itinérance au Canada 2013. Un rapport de recherche Homeless Hub*. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_FR\\_O.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_O.pdf)
- <sup>21</sup> Pleace N. et Bretherton J. (2012). *What do we mean by Housing First? Categorising and critically assessing the Housing First movement from a European perspective*. Exposé présenté au European Network for Housing Research, Lillehammer, Norvège. Johnson G., Parkinson S. et Parsell C. *Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia*. AHURI Final Report No. 184. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute.
- <sup>22</sup> Stephen Gaetz, Fiona Scott, Tanya Gulliver (2013). *Housing First in Canada*. Canadian Homelessness Research Network (Homeless Hub). <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/Documents/HousingFirstInCanada.pdf>
- <sup>23</sup> *Community Treatment Approaches for Homeless Adults with Concurrent Disorders: What Works for Whom, Where, Why, and How? Summary of a Realist Approach to Evidence Synthesis*. Centre for Research on Inner City Health. May 2009. Parait à [www.crich.ca](http://www.crich.ca). Myra Piat, Alain Lesage, Richard Boyer, Henri Dorvil, Audrey Couture, Guy Grenier, David Bloom (2008). *Housing for Persons with serious mental illness: Consumer and Service Provider Preferences*. *Psychiatric Services* 59(9), 1011-1017. <http://psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3857/08ps1011.pdf>

# ANNEXE A

## APERÇU DU DEVIS ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

### Devis de l'étude

L'étude au cœur du projet Chez Soi est un essai sur le terrain pragmatique, comparatif et à répartition aléatoire. Les participants ont été répartis au hasard (« randomisés ») dans le volet de l'intervention selon l'approche Logement d'abord et dans le volet des services habituels. Un logiciel a effectué la répartition aléatoire des participants dans les groupes d'intervention, sans que les chercheurs, les pourvoyeurs de services, les commanditaires ou qui que ce soit interviennent. Le qualificatif comparatif désigne la comparaison entre le groupe à qui l'intervention à l'étude est destinée et un groupe « témoin » qui ne bénéficie pas de cette intervention, afin de déceler les effets de l'intervention et de pouvoir dire qu'ils lui sont attribuables, qu'ils ne sont pas dus à un autre facteur. L'étude est pragmatique en ce qu'elle porte sur des personnes qui en temps ordinaire seraient des usagers de services du type de ceux Logement d'abord et en ce que les services que ces personnes et celles du groupe des services habituels obtiennent varient comme ce serait le cas dans des conditions réelles. Enfin, l'expression sur le terrain vient du fait que l'intervention se déroule dans les mêmes conditions que celles où les services seraient offerts si leur efficacité était démontrée. Par sa conception, l'étude est également « multicentrique » — c'est-à-dire qu'elle se déroule à plusieurs sites — elle se tient dans quatre grands centres urbains et une petite ville et un milieu rural afin d'en savoir plus sur le caractère applicable du modèle Logement d'abord et sur la possibilité de l'adapter à des contextes locaux.

### Pourquoi le devis de l'essai comparatif et à répartition aléatoire?

Parmi tous les types d'études possibles, nous avons choisi l'essai comparatif et à répartition aléatoire parce que c'est le protocole optimal pour démontrer que les changements qui se produisent dans la situation des participants sont dus à l'intervention. La répartition aléatoire fait en sorte que les deux groupes sont pour ainsi dire à égalité sur tous les plans susceptibles d'influer sur leur évolution à l'exception de l'intervention. C'est ainsi que l'essai comparatif et à répartition aléatoire constitue la source de données probantes la plus fiable aux fins de prise de décisions.

### Quel est le mode de collecte des données et sur combien de participants portent ces données?

Les données proviennent d'entrevues avec les participants, à l'admission à l'étude et tous les trois mois ensuite durant la période de suivi de deux ans, de l'information sur le déroulement du projet aux divers sites (nombre de visites des pourvoyeurs de services, par exemple) et de la consultation de bases de données administratives canadiennes ou provinciales pour déterminer l'utilisation des services de santé et des services judiciaires avant et pendant l'étude. Le recrutement a commencé en octobre 2009 et les dernières entrevues ont eu lieu en juin 2013. Après analyse des besoins, nous avons classé les participants en deux groupes : ceux aux besoins élevés et ceux aux besoins modérés (les définitions figurent à l'annexe D) avant de les répartir au hasard (« randomisation ») dans le volet de l'intervention Logement d'abord et dans le volet des services habituels. Nous avons accordé une somme allant de 20 à 30 dollars aux participants lors des entrevues pour encourager leur participation continue. Les données saisies sur place dans les ordinateurs portatifs ont été versées dans une base de données hautement sécuritaire avec l'aval du conseil d'éthique dans la recherche de tous les sites. Les données collectées sont soit d'ordre quantitatif (chiffres), soit d'ordre qualitatif (contenu textuel, récits). Les analyses qualitatives font office de complément d'information aux analyses quantitatives, éclairent l'interprétation des résultats quantitatifs. Pour les besoins de la recherche qualitative, nous avons interrogé en profondeur un groupe de participants au début de l'étude et 18 mois plus tard. Ce groupe compte

197 participants de l'un ou l'autre des volets de l'étude (intervention Logement d'abord et services habituels); ils constituent environ le dixième de l'échantillon global. Ce groupe est représentatif de l'ensemble des participants sous presque tous les aspects démographiques, sauf en ce qui a trait au sexe puisque les femmes y sont en proportion légèrement plus grande que dans l'échantillon global; en ce qui a trait aux caractéristiques démographiques, il n'y a pas de différences entre les participants provenant du volet des services habituels et ceux provenant du volet de l'intervention à l'étude.

Nous avons recruté 2 148 participants et 1 158 d'entre eux forment le groupe de l'intervention selon l'approche Logement d'abord. Les taux de suivi, qui correspondent à la proportion de participants ayant répondu à au moins un questionnaire à leur dernière entrevue, vont de 77 p. 100 à 89 p. 100, même jusqu'à 91 p. 100 à un site, des taux excellents pour une population vulnérable et de passage (voir le tableau A1 pour plus de précisions). Les chiffres comprennent les participants perdus de vue au suivi tous motifs confondus, notamment les 85 participants dont on sait qu'ils sont décédés durant le projet. Nous avons entrepris une analyse de données statistiques sur la mortalité au Canada pour obtenir de l'information exacte sur le nombre de décès et les causes de décès.

Tableau A1 - Taux de suivi selon le volet de l'étude

AU PAYS	PRÉSENTS À LA DERNIÈRE ENTREVUE?		
	NON	OUI	%
Services habituels et SIM	112	369	77 %
Intervention et SIM	58	411	88 %
Services habituels et SIV	115	394	77 %
Intervention et SIV	73	616	89 %
Services habituels, tous	227	763	77 %
Intervention, tous	131	1027	89 %
<b>Dans l'ensemble</b>	<b>358</b>	<b>1790</b>	<b>83 %</b>

## Quels sont les renseignements colligés?

Les sites ont colligé une vaste gamme de renseignements : de l'information démographique (âge, sexe, études, par exemple), les antécédents d'itinérance et d'utilisation de services (visites aux urgences, hospitalisations, emprisonnements, comparutions en cour, par exemple), le parcours durant l'enfance, la santé physique et mentale (y compris les maladies chroniques et les traumatismes crâniens), l'information sur l'emploi et le revenu et beaucoup d'information sur le coût des services. L'étude est la première à prévoir la mesure du rétablissement et la mesure de la qualité de l'habitation par un observateur et à documenter en détail le rôle du soutien par des pairs et la fidélité au modèle Logement d'abord (annexe C).

Les principaux paramètres d'intérêt, évalués à tous les sites, sont **l'occupation stable d'un logement, le fonctionnement en société et la qualité de vie**. Les paramètres d'intérêt secondaire sont la **maladie mentale** et les **problèmes de consommation de substances intoxicantes**. Nous décrivons ces cinq variables en détail ci-après. Pour avoir plus de précisions sur la mesure de ces paramètres, le lecteur est prié de s'en remettre au protocole de l'étude, décrit dans la première source mentionnée à la partie des références à la fin de la présente annexe; les rapports des sites offrent plus de renseignements sur les données qui leur sont particulières.

**Logement (RTLFB)** - Tous les trois mois, les équipes du projet ont rassemblé les données sur le type et l'emplacement de l'hébergement (abri ou refuge, habitation temporaire ou à long terme, la rue) chaque jour de la période à l'étude à l'aide de l'instrument Residential Time-Line Follow-Back (RTLFB)<sup>2</sup>. L'instrument fait appel à un calendrier pour faciliter le relevé systématique par le participant des emplacements et des types de logements occupés durant la période en question. L'instrument a été conçu et validé par des programmes fondés sur le modèle Logement d'abord et des usagers. Nous l'avons modifié légèrement pour tenir compte du contexte canadien.

**Fonctionnement en société (MCAS)** - Pour évaluer le fonctionnement en société, nous avons utilisé l'échelle Multnomah Community Ability Scale (MCAS)<sup>3</sup> comportant 17 énoncés qui couvrent la santé mentale et physique,

la capacité de composer avec la maladie, les aptitudes sociales et les comportements problématiques. L'échelle a été conçue et validée pour les besoins de l'évaluation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de l'incapacité connexe de longue durée. Le score total va de 17 à 85; il varie selon la capacité ou l'incapacité fonctionnelle. Le classement des participants de l'étude en fonction de leur état fonctionnel figure au tableau A2.

Alors que les autres instruments se composent de questions auxquelles répondent les participants, l'échelle MCAS est un questionnaire rempli par l'intervieweur qui, pour ce faire, s'inspire des entrevues, du comportement observé et de la situation actuelle du participant. Nous avons opté pour cette méthode afin que l'évaluation reflète le point de vue du participant et la notation objective par l'équipe de recherche.

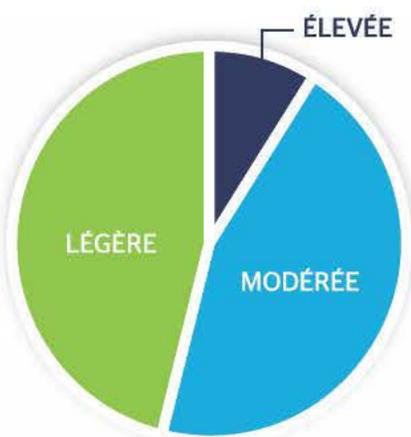
**Qualité de vie** - Nous avons évalué l'impression des participants quant à leur qualité de vie à l'aide de l'échelle Quality of Life Index (QOLI-20)<sup>4</sup>, questionnaire portant sur la satisfaction à l'égard des relations familiales, des relations sociales, des finances, des activités de loisir, des conditions de vie et de la sécurité. Cet instrument a été conçu et validé pour les besoins de la mesure de la qualité de vie de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale de longue date.

**Symptômes de la maladie mentale** - Nous avons choisi l'échelle Colorado Symptom Index (CSI)<sup>5</sup> comme instrument de mesure des symptômes de la maladie mentale. L'échelle a été conçue et validé pour les besoins de l'évaluation de l'état symptomatique de personnes itinérantes. Le questionnaire porte sur la fréquence de problèmes tels la dépression, l'anxiété, le comportement étrange et les difficultés à se concentrer au cours du dernier mois.

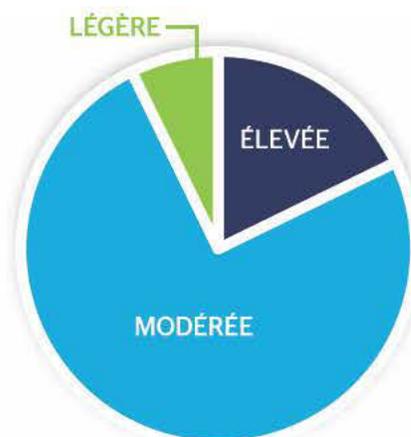
**Problèmes de consommation de substances intoxicantes** - Pour mesurer les problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues, nous avons fait appel à la version abrégée de l'échelle Global Assessment of Individual Needs Substance Problems Scale (GAIN SPS)<sup>6</sup>. Les questions ont trait aux problèmes comme les symptômes de sevrage, le temps consacré à la recherche ou à la consommation de drogues et les démêlés occasionnés par la consommation de drogues.

Tableau A2 - Catégories d'incapacité selon l'échelle MCAS et classement des participants selon le degré d'incapacité et l'étendue des besoins

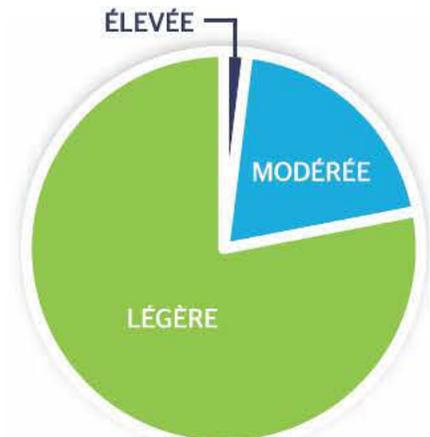
NIVEAU D'INCAPACITÉ	TOUS	BESOINS ÉLEVÉS	BESOINS MODÉRÉS
Grande incapacité (score inférieur à 47)	9 %	18 %	2 %
Incapacité modérée (score allant de 48 à 62)	45 %	75 %	20 %
Incapacité légère (score allant de 63 à 85)	46 %	7 %	78 %



Tous  
Niveau d'incapacité



Besoins élevés  
Niveau d'incapacité



Besoins modérés  
Niveau d'incapacité

## Techniques analytiques des données sur les principaux paramètres d'intérêt

Nous avons adopté les techniques décrites ci-après pour analyser les données portant sur l'occupation stable d'un logement, la qualité de vie et le fonctionnement en société.

Pour ces paramètres, nous avons utilisé un modèle à effets mixtes. Ce modèle permet de mesurer la corrélation entre le paramètre et les variables explicatives (indépendantes) tout en tenant compte du caractère non indépendant des observations. (Dans le cas qui nous occupe, la non-indépendance est présente, car les données proviennent de plusieurs entrevues avec chacun des participants. En outre, quoique cet aspect soit moins important, les participants sont regroupés selon le volet d'intervention et la ville.)

Dans chaque modélisation, le groupe d'appartenance représente la principale variable explicative d'intérêt : à savoir, le volet de l'intervention Logement d'abord ou le volet des services habituels. Dans l'analyse de l'échantillon global, nous avons tenu compte, sur le plan statistique, de l'âge, du sexe et de variables ayant influé sur la répartition dans les groupes : ville, origine autochtone, origine ethnoraciale et catégorie de besoins. Pour nous, le temps est une variable nominale et nous avons essentiellement estimé les différences entre les groupes et les effets de l'intervention aux moments prédéterminés. Pour vérifier les différences entre les groupes, nous avons inclus des termes d'interaction entre les variables de temps et de groupe, ce qui produit une estimation des différences de groupe à chaque moment.

Pour mesurer l'effet global de l'intervention, nous avons pris en considération (1) les différences entre les groupes au terme de l'étude (après avoir tenu compte des différences au début de l'étude le cas échéant) et (2) la différence moyenne dans toutes les entrevues après l'entrevue initiale. La première mesure indique l'effet de l'intervention au dernier moment d'évaluation de chaque personne. La seconde illustre l'effet bénéfique global, le cas échéant, qui s'est installé au cours de la période entière de l'étude (deux ans). Comme nous avons effectué une analyse intermédiaire dans laquelle la valeur de  $p$  est de 0,01, nous avons fixé le seuil de signification à 0,04 dans l'analyse finale.

## Techniques analytiques des données sur les coûts

Les analyses économiques s'inscrivent dans la perspective sociétale. Par des questionnaires sur les services et l'hébergement, nous avons pu évaluer l'utilisation d'une vaste gamme de services, ainsi que le revenu de

diverses sources. Nous avons estimé les coûts unitaires (le coût moyen d'une visite aux urgences, celui d'une arrestation, celui d'une nuitée dans un refuge, par exemple) dans chacune des villes selon les données disponibles les plus solides. C'est ainsi que nous avons calculé près de 400 coûts unitaires distincts. Dans bien des cas, nous avons communiqué avec les pourvoyeurs de services pour consulter et interpréter avec leur aide leurs rapports financiers et d'activités. Lorsque, dans ses dépenses, un programme utilisait des fonds provenant du secteur privé ou public, nous avons tenu compte de cet apport financier afin d'obtenir le plein coût de la prestation des services en question du point de vue de la société. Nous englobons également les prestations d'aide sociale et d'invalidité, car elles représentent des coûts que la société doit assumer pour que des personnes itinérantes participent au programme à l'étude et à d'autres programmes de logement offerts<sup>7</sup>. Nous soustrayons le revenu d'emploi des coûts globaux, car ce revenu représente la valeur de la contribution de la personne à la société. Pour tous les services, nous avons pris en compte le coût en capital. Les coûts sont exprimés en dollars canadiens de l'exercice 2010-2011. Nous n'avons pas appliqué de taux d'actualisation en raison de la période de suivi de deux ans seulement.

## Techniques analytiques des données sur les clients aux besoins supplémentaires ou différents

Nous avons effectué une analyse particulière des données à propos des personnes (13 p. 100) du volet de l'intervention Logement d'abord qui ne sont pas parvenues à occuper un logement de façon stable. Ce groupe se compose de personnes logées pendant moins de 50 p. 100 des neuf derniers mois de la première année de l'étude et pas logées du tout durant les trois derniers mois de la première année. Dans le calcul des jours de logement, nous avons écarté les séjours en établissement, prison ou hôpital. L'analyse porte exclusivement sur les participants de ce volet pour qui nous avons des données sur l'habitation pendant au moins six mois des neuf derniers de la première année et qui n'ont pas séjourné dans une prison ou un hôpital durant 66 p. 100 des neuf derniers mois de la première année. Nous avons examiné les différences entre ces personnes et les participants qui ont occupé un logement de façon stable durant la première année de l'étude sur les plans des caractéristiques démographiques, des caractéristiques cliniques, de la qualité de vie, de l'intégration communautaire et du fonctionnement en société au début de l'étude et de la fonction cognitive six mois après le début de l'étude. Nous faisons état des différences d'importance statistique entre les groupes.

## RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE A

<sup>1</sup> Goering P.N., Streiner D.L. # Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full>

<sup>2</sup> New Hampshire Dartmouth Rehabilitation Center. (1995). Residential Follow-back Calendar [version de juin 1995]. Lebanon, N.H. Dartmouth Medical School.

<sup>3</sup> Barker S., Barron N., McFarland B.H. et coll. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers. *Community Mental Health Journal*, 30, 459-472.

<sup>4</sup> Lehman A.F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 78-88.

<sup>5</sup> Boothroyd R.A. et Chen H.J. (2008). The psychometric properties of the Colorado Symptom Index. *Journal of Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 370-378.

<sup>6</sup> Dennis M.L., Chan Y. et Funk R.R. (2006). Development and validation of the GAIN Short Screener for internalizing, externalizing, and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *The American Journal on Addictions*, 15, 80-91.

<sup>7</sup> Weisbrod BA, Test MA et Stein LI. Alternative to Mental Hospital Treatment: II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry* 37:400-5, 1980.

# ANNEXE B

## DONNÉES STATISTIQUES SUR L'HABITATION DANS LES CINQ VILLES DU PROJET CHEZ SOI

DONNÉE STATISTIQUE	MONCTON	MONTRÉAL	TORONTO	WINNIPEG	VANCOUVER
Taux d'inoccupation (%) mi-parcours - printemps 2011) <sup>1</sup>	4,1	2,5	1,6	.7	2,8
Pourcentage de ménages (%) en besoin impérieux de logement 2009 <sup>2</sup>	9*	13,1	17,8	9,5	20,5
Average rent for a one-bedroom apartment (mid-study - Spring 2011) <sup>1</sup>	583 \$	626 \$	969 \$	657 \$	934 \$

<sup>1</sup> Statistiques sur le marché locatif, Société canadienne d'hypothèques et de logement, printemps 2012 (faisant état des faits et chiffres en avril 2011); [http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64725/64725\\_2012\\_B01.pdf?fr=1388695801870](http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64725/64725_2012_B01.pdf?fr=1388695801870)

<sup>2</sup> On dit d'un ménage qu'il éprouve des besoins impérieux en matière de logement s'il occupe une habitation qui ne satisfait pas aux normes de qualité, de taille ou d'abordabilité (30 p. 100 de son revenu avant impôt va au paiement du loyer y compris les services publics); chiffres provenant de l'Observateur du logement au Canada, Société canadienne d'hypothèques et de logement; <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/67709.pdf?fr=1392820490168>.

\* S'applique au Nouveau-Brunswick dans l'ensemble.

# ANNEXE C

## ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ : MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENT DE MESURE

L'un des aspects importants de l'étude consistait à déterminer dans quelle mesure le projet dans son exécution aux cinq sites respectait les principes directeurs et l'application du modèle Logement d'abord, autrement dit à évaluer la fidélité du projet au modèle. Une équipe composée de cliniciens, de chercheurs, d'experts en matière de logement et d'un représentant des usagers a effectué cette évaluation auprès des équipes SIM et SIV dans les cinq villes où s'est déroulé le projet Chez Soi. L'équipe s'est rendue aux sites à deux reprises, vers la fin de la première année et un an plus tard, pour examiner les données provenant de multiples sources, notamment les entrevues avec l'effectif du projet, l'observation de réunions de l'effectif, des dossiers de participants et des groupes de discussion. L'équipe d'évaluation a conçu une grille d'évaluation de la fidélité au modèle en deux versions, l'une pour le SIM, l'autre pour le SIV, comportant 38 aspects (énumérés ci-après). À titre d'exemple, citons les relations de travail efficaces avec le personnel hospitalier en cas d'hospitalisation d'un participant, l'adoption d'une stratégie de réduction des méfaits en cas de consommation de substances intoxicantes et l'offre d'un choix de logements aux participants. L'équipe a fait parvenir aux équipes SIM et SIV un rapport renfermant les constatations de l'évaluation et des recommandations destinées à favoriser la mise en œuvre dans le respect des normes et critères du modèle.

En général, la fidélité au modèle Logement d'abord est bonne : 71 p. 100 des énoncés à la première évaluation et 78 p. 100 à la seconde obtiennent une cote de trois ou quatre selon l'échelle de quatre points (le poids de la note varie selon l'item, mais cette moyenne correspond en général à un « bon » rendement).

ÉNONCÉ DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ AU MODÈLE	VOLET SIM	VOLET SIV
<b>CHOIX ET MODALITÉS DE LOGEMENT</b>		
1. Choix du logement. Les participants choisissent l'emplacement et d'autres aspects de l'habitation.	X	X
2. Disponibilité du logement. L'équipe de projet fait en sorte que le participant aménage rapidement dans le logement de son choix.	X	X
3. Occupation permanente du logement. Mode d'occupation permanente de l'habitation sans durée limite réelle ou escomptée, outre ce qui est prévu au bail ou à la convention d'occupation standard.	X	X
4. Logement abordable. Caractère raisonnable de la partie du revenu consacrée au loyer.	X	X
5. Logement intégré. Mesure dans laquelle les participants occupent un logement du marché privé de l'habitat dispersé, offert à quiconque sans égard aux troubles psychiatriques ou à d'autres formes d'incapacité.	X	X
6. Intimité. Mesure dans laquelle les participants doivent partager des espaces de vie avec d'autres locataires, comme la salle de bains, la cuisine ou la salle à manger.	X	X
<b>SÉPARATION ENTRE LOGEMENT ET SERVICES</b>		
7. Pas d'exigences préalables à l'habitation. Le participant n'a pas à remplir certaines conditions avant d'obtenir un logement.	X	X
8. Pas d'obligations imposées par le projet pour occuper le logement. Le participant occupe le logement sans avoir à consentir à un traitement, ni à des services cliniques ou autres.	X	X
9. Bail standard. Le participant jouit des droits du locataire découlant de la loi sans exception particulière	X	X
10. Relogement. L'équipe de projet offre au participant expulsé la possibilité d'être logé ailleurs.	X	X
11. Continuité des services. Le participant continue d'obtenir des services même s'il a perdu son logement.	X	X
12. Caractère mobile de la prestation des services. Les pourvoyeurs de services sociaux et de services cliniques sont mobiles, ils ne sont pas cantonnés à la résidence des participants.	X	X
<b>OPTIQUE DE LA PRESTATION DE SERVICES</b>		
13. Choix des services. Le participant peut toujours choisir les types, la séquence et l'intensité des services.	X	X
14. Pas d'obligation d'adhérer au traitement psychiatrique. Le participant aux prises avec un trouble psychiatrique n'est pas tenu de prendre des médicaments, ni de consentir à un traitement psychiatrique.	X	X

ÉNONCÉ DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ AU MODÈLE	VOLET SIM	VOLET SIV
15. Pas d'obligation de se plier au traitement en cas de consommation de substances intoxicantes. Le participant aux prises avec des problèmes de consommation de substances intoxicantes n'est pas tenu de consentir à un traitement.	X	X
16. Stratégie de réduction des méfaits. Stratégie de réduction des méfaits adoptée par l'équipe de projet dans la prise en charge des cas de consommation de substances intoxicantes.	X	X
17. Entrevue motivationnelle. Recours à la technique de l'entrevue motivationnelle par l'effectif du projet dans les interactions avec les participants prévues dans le cadre du projet.	X	X
18. Participation active. Gamme de techniques utilisées pour susciter la participation des usagers peu enclins à collaborer, notamment (1) l'entrevue motivationnelle pour favoriser leur collaboration et (2) lorsque nécessaire, des interventions thérapeutiques d'établissement de limites - tout cela dans le but de favoriser le développement de l'autonomie le plus rapidement possible. En outre, l'équipe de projet a mis en place un processus réfléchi pour identifier les participants pour qui il faut chercher une plus grande collaboration, pour évaluer l'efficacité des méthodes mises en œuvre et pour ajuster les approches lorsque nécessaire.	X	X
19. Absence de coercition. Mesure dans laquelle le programme évite le recours aux approches coercitives envers les participants.	X	X
20. Planification personnalisée. Le programme établit les plans d'intervention de façon personnalisée, soit (1) l'élaboration d'un plan de traitement formatif selon les idées qui ressortent des discussions avec le participant quant à ses buts et à ses préférences, (2) la tenue de réunions périodiques d'établissement de plans de traitement, (3) la prise en compte dans la pratique des forces et des ressources identifiées lors de l'évaluation.	X	X
21. Interventions axées sur une vaste gamme d'objectifs personnels. Le programme offre systématiquement des interventions précises portant sur divers aspects personnels (santé physique, emploi, études, satisfaction en matière d'habitation, soutien social, spiritualité, loisirs, activités récréatives, par exemple).	X	X
22. Autodétermination et autonomie du participant. Le programme favorise l'autonomie et l'autodétermination du participant en lui offrant la liberté de choisir et en respectant ses choix dans la mesure du possible (tout en sachant que les besoins et la capacité fonctionnelle ne sont pas les mêmes pour tous, l'étendue de la supervision et des soins et services étant fonction des besoins dans l'intention de favoriser l'autodétermination).	X	X
<b>GAMME DE SERVICES</b>		
23. Soutien au logement. Mesure dans laquelle le programme offre des services pour favoriser l'occupation et la conservation du logement, notamment en aidant le participant à se familiariser avec le quartier, à nouer de bons rapports avec le propriétaire de l'immeuble, à établir un budget, à faire ses courses.	X	X
24. Services psychiatriques. Le programme offre des services psychiatriques.	X	Le programme dirige le participant vers un psychiatre qui lui offrira les services nécessaires.
25. Traitement intégré par étapes de la consommation de substances intoxicantes. Le programme offre le traitement intégré par étapes de la consommation de substances intoxicantes. Les services de base comprennent : (1) le dépistage et l'évaluation systématiques et intégrés; (2) des interventions adaptées à ceux qui commencent à se sentir prêts au changement (information, entrevue motivationnelle, p. ex.) et (3) des interventions destinées à ceux qui sont prêts au changement (thérapie cognitive-comportementale, prévention de la rechute).	X	Le programme dirige le participant vers les ressources communautaires utiles pour régler ses problèmes de consommation de substances intoxicantes.
26. Services d'aide à l'emploi. Étendue des services d'aide à l'emploi offerts par le programme. Les services fondamentaux comprennent : (1) évaluation de la motivation et des aptitudes professionnelles; (2) recherche d'emplois et placement en fonction des préférences du participant (y compris des études ou une formation); (3) encadrement en emploi et soutien au travail (y compris en milieu scolaire).	X	Le programme offre des services de soutien à l'emploi ou s'arrange pour en obtenir pour les participants.
27. Services infirmiers. Étendue des services infirmiers offerts par le programme. Les services fondamentaux sont : (1) gestion du traitement médicamenteux des participants, administration des médicaments et documentation du traitement médicamenteux; (2) dépistage des problèmes médicaux et des effets indésirables; (3) communication avec des pourvoyeurs de services médicaux et coordination des services médicaux; (4) promotion de la santé, prévention des maladies, éducation des participants (évaluation des comportements risqués et mesures de modification du comportement).	X	Soins infirmiers ou médicaux. Le programme dirige le participant vers un médecin ou une clinique de la collectivité.

ÉNONCÉ DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ AU MODÈLE	VOLET SIM	VOLET SIV
28. Fonctionnement en société. Étendue des services favorisant l'amélioration du fonctionnement en société offerts par le programme. (1) Facilitation et soutien de l'exercice de rôles sociaux et accès à des réseaux au sein et hors du programme; (2) promotion de l'acquisition et du perfectionnement d'aptitudes sociales utiles dans l'établissement et le maintien de relations sociales; (3) encouragement de la conscientisation citoyenne et de la participation à la vie sociale et politique.	X	X
29. Disponibilité jour et nuit. Le programme est en mesure d'intervenir en situation de crise jour et nuit.	X	X
30. Coordination avec l'hôpital en cas d'hospitalisation. Le programme participe à l'admission du participant et planifie le congé du participant de concert avec l'équipe soignante de l'hôpital.	X	X
<b>ÉLÉMENTS DE PROGRAMME</b>		
31. Recrutement prioritaire de personnes éprouvant beaucoup de difficultés au chapitre de l'occupation stable d'un logement. Recrutement de personnes qui présentent de multiples problèmes entravant l'occupation stable d'un logement.	X	X
32. Interaction avec les participants. Mesure dans laquelle le programme s'est doté d'un seuil minimal d'interactions avec les participants hors du contexte du traitement.	X	X
33. Nombre élevé de membres de l'effectif par rapport au nombre de participants. Capacité du programme à maintenir un rapport élevé de membres de l'effectif, à l'exception du psychiatre et du personnel de soutien administratif, par rapport au nombre de participants.	X	X
34. Travail d'équipe. Capacité de l'effectif multidisciplinaire de programme à travailler en équipe; les cliniciens connaissent et œuvrent auprès de tous les participants.	X	N/A
35. Réunions fréquentes. Fréquence des réunions en vue de planifier et de revoir les services à l'intention de chacun des participants.	X	
36. Réunion quotidienne (qualité) : La réunion organisationnelle quotidienne a pour but : (1) de passer en revue brièvement les faits d'intérêt clinique à propos des participants et les interactions avec eux dans les 24 dernières heures ET (2) de noter l'état de tous les participants. Le programme établit l'horaire journalier de l'effectif en fonction de l'horaire hebdomadaire des clients, des besoins émergents ET de la nécessité d'interagir de manière proactive avec les participants pour prévenir la situation de crise. L'effectif est tenu de donner suite à la planification et d'accomplir les tâches prévues.	X	Réunion hebdomadaire (qualité) : La réunion organisationnelle hebdomadaire a pour but : (1) de dresser une vue d'ensemble approfondie de chacun des participants, de l'évolution de sa situation et de la suite des choses; (2) d'examiner en détail le dossier des participants qui ont du mal à atteindre leurs objectifs; (3) de passer en revue une réussite de la semaine écoulée; (4) de faire le point sur le programme et (5) de discuter des questions de santé et de sécurité et de stratégies.
37. Présence d'un pair-aidant. Le programme compte au moins un équivalent temps plein qui correspond aux normes locales du pair-aidant. Si la certification de pair-aidant n'existe pas, les qualités nécessaires sont : (1) être atteint d'une maladie mentale grave et avoir eu recours à des services de santé mentale; (2) être sur la voie du rétablissement et (3) avoir suivi la formation sur les interventions axées sur le bien-être et le rétablissement. Le pair-aidant est membre de l'équipe à titre de professionnel à part entière.	X	Présence d'un pair-aidant. Le programme compte au moins un équivalent temps plein satisfaisant les normes locales ayant trait au pair-aidant.
38. Représentation des participants. Étendue de la participation de participants au fonctionnement du programme et à l'établissement de ses politiques.		

# ANNEXE D

## PRINCIPALES DÉFINITIONS

### Admissibilité

#### Critères d'inclusion

- Âge adulte selon la loi (18 ans ou plus, 19 ans en Colombie-Britannique)
- En situation d'itinérance absolue ou logé dans des conditions précaires\*
- Présence d'une maladie mentale grave accompagnée ou non de consommation de substances intoxicantes, maladie évaluée au bref entretien neuropsychiatrique (MINI)<sup>2</sup> en fonction des critères diagnostiques de la classification des maladies DSM IV<sup>1</sup> au moment du recrutement.

#### Critères d'exclusion

- Client d'un programme SIV ou SIM
- Pas la citoyenneté canadienne, le statut de résident permanent ou de réfugié, ni demande d'asile
- Personne relativement itinérante\*

### Niveau des besoins

#### Besoins élevés

Score maximal de 62 à l'échelle Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (indicateur de la capacité fonctionnelle) ET un diagnostic de trouble psychotique ou de trouble bipolaire actif au bref entretien neuropsychiatrique international (MINI) (troubles 18, 21 ou 22 du MINI au questionnaire de sélection) ou un trouble psychotique selon les réponses au questionnaire de sélection (au moins deux des éléments 6e10 à la partie D1) au questionnaire de sélection (indicateur du diagnostic) et l'un des éléments ci-dessous :

- La réponse OUI (ne sais pas ou pas de réponse) à l'item 20 du questionnaire sur les renseignements démographiques et les antécédents en matière d'utilisation de services et de logement; c'est-à-dire deux hospitalisations au moins pour cause de maladie mentale au cours d'une année dans les cinq dernières (indicateur de l'utilisation de services) OU une toxicomanie concomitante (troubles 23, 24, 25 ou 26 du MINI au questionnaire de sélection) (indicateur de toxicomanie) OU une arrestation ou une incarcération récente.
- La réponse OUI (ne sais pas ou pas de réponse) à l'item 22 du questionnaire sur les renseignements démographiques et les antécédents en matière d'utilisation de services et de logement (indicateur de démenté avec la justice).

#### Besoins modérés

- Tous ceux qui satisfont les critères d'admissibilité, mais pas ceux énumérés ci-dessus.

### En situation d'itinérance absolue ou logé dans des conditions précaires\*

#### Itinérance absolue

L'itinérance désigne l'absence d'un abri physique déterminé selon la définition (simple) de l'itinérance absolue des Nations Unies, qui s'applique aux personnes qui vivent à la dure dans des endroits publics ou privés qui ne sont pas prévus pour cela, tels la rue, un parc, la plage, une entrée de porte, un véhicule, un immeuble désaffecté, un garage, ainsi qu'aux personnes dont la principale résidence la nuit est un refuge supervisé d'urgence privé ou public (par exemple, refuge)<sup>iii</sup>. Plus précisément, être itinérant signifie ne pas avoir de lieu fixe où demeurer pendant plus de sept nuits et avoir peu d'espoir de trouver où se loger le mois prochain<sup>iv</sup>; ou sortir d'un établissement, de prison, d'un centre de détention ou d'un hôpital sans avoir d'adresse fixe.

#### Logé dans des conditions précaires

Est logé dans des conditions précaires la personne qui réside dans une chambre individuelle, dans une maison de chambres, dans un hôtel ou un motel. En outre, cette personne a traversé au moins deux épisodes d'itinérance absolue, conformément à la définition ci-dessus, dans l'année écoulée.

#### Itinérance relative

L'itinérance relative désigne le fait d'être logé dans une habitation qui ne correspond pas aux normes élémentaires, dont (1) le fait de demeurer dans un lieu surpeuplé ou dangereux, (2) le fait d'être à risque d'itinérance, lorsque l'on réside chez un ami ou un proche de manière temporaire et

impromptue (cohabitation, coucher tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, par exemple), (3) le fait d'être en situation de transition comme la femme ou le jeune qui se réfugie dans une maison de transition ou un centre accueillant les victimes de violence familiale, (4) le fait d'être temporairement dépourvu d'un toit pour cause de catastrophe tel un incendie, de difficultés financières ou personnelles, telle une séparation ou la perte de l'emploi, et (5) le fait de résider dans un établissement de soins de longue durée.

iii La définition des Nations Unies englobe les personnes en situation de transition qui résident dans une maison de transition ou un foyer (hostel). Pour les besoins du projet, nous excluons ce groupe de notre définition.  
iv Définition tirée de Tolomiczenko G. et Goering P.<sup>3</sup>

#### Maladie mentale grave

La maladie mentale grave est définie selon un diagnostic, une durée et un degré d'incapacité déterminés en fonction de sources de référence, d'indicateurs de la capacité fonctionnelle, de l'historique du traitement psychiatrique récent et de la présence d'une maladie active au bref entretien neuropsychiatrique (Mini International Neuropsychiatric Interview), soit la dépression majeure, l'épisode maniaque ou hypomaniaque, l'état de stress post-traumatique, le trouble de l'humeur avec traits psychotiques et le trouble psychotique.

#### Stabilité résidentielle

La stabilité résidentielle est définie comme le fait d'occuper une chambre, un appartement, une maison ou de vivre avec la famille en s'attendant à y demeurer six mois tout au moins et (ou) en ayant des droits à titre de locataire.

## RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE D

<sup>1</sup> American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>e</sup> éd., texte rév.). Washington, DC.

<sup>2</sup> Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiler E., Hergueta T, Baker R., Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59(suppl. 20):22-33.

<sup>3</sup> Gender differences in legal involvement among homeless shelter users. *Int J of Law and Psychiatry* 2001;24:583e93. There are gender differences in legal involvement among homeless shelter users.

# ANNEXE E

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Caractéristiques démographiques, antécédents d'itinérance et historique personnel, sanitaire et social passé et contemporain de l'échantillon

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques\*

	ÉCHANTILLON N = 2148 %	SIM N = 950 %	SIV N = 1198 %
ÂGE			
34 ans ou moins	33	39	29
35-54 ans	57	54	59
55 ans ou plus	10	7	12
SEXE			
masculin	67	68	66
féminin	32	31	33
autre	1	1	1
PAYS NATAL			
Canada	81	85	78
autre	19	15	22
ORIGINE ETHNIQUE ^			
autochtone	22	19	24
autre groupe ethnoculturel	25	21	28
ÉTAT MATRIMONIAL			
célibataire, jamais marié	70	73	68
marié ou conjoint de fait	4	4	4
autre	26	23	28
PARENTALITÉ			
ont un enfant ou plus	31	30	32
ÉDUCATION			
pas de diplôme d'études secondaires	55	59	52
diplôme d'études secondaires	19	19	18
diplôme d'études postsecondaires	26	22	30
Service militaire (Canada ou pays allié)	4	4	4
Revenu du mois précédent inférieur à 300 dollars	24	24	25
Antécédents d'emploi (travail continué durant au moins 1 an par le passé)	66	62	69
Au chômage présentement	93	94	92

\* L'information provient des participants à moins d'indication contraire.

^ De nombreux chiffres ne correspondent pas aux proportions réelles dans la population itinérante en général en raison du suréchantillonnage intentionnel de certains groupes dans certains sites.

Tableau 2 – Antécédents d'itinérance\*

	ÉCHANTILLON N = 2148 %	SIM N = 950 %	SIV N = 1198 %
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À L'ADMISSION			
itinérance absolue**	82	79	84
logement précaire	18	21	16
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE			
année précédant l'étude	23	19	26
2008 ou avant	77	81	74
PLUS LONGUE PÉRIODE D'ITINÉRANCE EN MOIS (limites inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	31 (0-384)	34 (1-384)	29 (0-360)
DURÉE TOTALE DE L'ITINÉRANCE EN MOIS (limites inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	58 (0-720)	62 (0-460)	55 (0-720)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE (arrondi au mois près)	31 (1-70)	28 (1-69)	37 (4-70)

\* L'information provient des participants à moins d'indication contraire.

\*\*Pour connaître la définition de « totalement sans abri » et de « logement précaire », veuillez consulter l'article qui paraît à <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full>.

Tableau 3 – Historique personnel, sanitaire et social passé et contemporain\*

	ÉCHANTILLON N = 2148 %	SIM N = 950 %	SIV N = 1198 %
ÉTENDUE DES BESOINS (DÉTERMINÉE À LA SÉLECTION)			
besoins élevés	38	87	0
besoins modérés	62	13	100
ENFANCE PONCTUÉE D'INCIDENTS TRAUMATISANTS			
score moyen (sur un total de 10)	4,6	4,5	4,7
TROUBLE COGNITIF			
ont bénéficié d'aide à l'apprentissage à l'école	41	45	39
présentent un trouble d'apprentissage	34	37	32
DIAGNOSTIC À L'ADMISSION			
trouble psychotique	34	52	22
trouble non psychotique	71	60	79
problème de consommation de substances intoxicantes	67	73	62
RISQUE SUICIDAIRE À L'ADMISSION			
modéré ou élevé	36	36	36
FONCTIONNEMENT SOCIAL À L'ADMISSION (évalué par les intervieweurs)			
score moyen à l'échelle MCAS <sup>‡</sup>	60	54	65
(scores minimal et maximal)	(33 - 80)	(33 - 80)	(37 - 79)
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE <sup>‡</sup> (durant plus de 6 mois dans les 5 dernières années)	6	12	2
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE <sup>‡</sup> (à 2 reprises ou plus dans une année au cours des 5 dernières années)	37	54	24
PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE GRAVES	24		
asthme	18	24	25
bronchite chronique ou emphysème	20	18	18
hépatite C	3	22	19
hépatite B	4	2	3
VIH ou sida	10	3	4
épilepsie ou trouble convulsif	7	14	7
maladie cardiaque	9	7	7
diabète	3	11	8
cancer	3	3	2
TRAUMATISME CRÂNIEN			
perte de conscience à une reprise ou plus	66	67	66
DÉMÊLÉS JUDICIAIRES (plus d'une arrestation, incarcération, période de probation dans les 6 derniers mois)	36	43	30

\* L'information provient des participants à moins d'indication contraire.

‡ Échelle Multnomah Community Ability Scale – cotation effectuée par les intervieweurs d'après ce qu'ils ont observé, les réponses de la personne interrogée et de l'information connexe – plus le score est élevé, meilleur est le fonctionnement social; un score de 62 ou moins indique une incapacité modérée ou grande ou un fonctionnement social moyen à passable; le questionnaire porte sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, la gestion des finances personnelles, l'adaptation à la maladie et l'efficacité sociale.

& Les troubles psychotiques et les hospitalisations pour ce motif, rapportés par les participants, sont probablement sous-estimés en raison de la nature de cette maladie.

