



# RAPPORT FINAL DU SITE DE VANCOUVER

Projet Chez Soi



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

#### PROJET CHEZ SOI - RAPPORT FINAL DU SITE DE VANCOUVER

Ce rapport a été préparé par l'équipe de recherche du projet Chez Soi de Vancouver composée de Lauren B. Currie, Akm Moniruzzaman, Michelle L. Patterson et Julian M. Somers. Cette recherche a été financée par une subvention accordée à l'université Simon Fraser par Santé Canada et la Commission de la santé mentale du Canada. L'équipe de recherche du projet Chez Soi de Vancouver remercie particulièrement les participants, les pourvoyeurs de services et les membres de l'équipe de recherche sur le terrain. Elle remercie également toute l'équipe du projet Chez Soi. Merci à Scott Veldhuizen pour ses analyses de certaines parties du rapport sur le fonctionnement social, la qualité de vie et la stabilité résidentielle. Merci aussi à Carol Adair pour son analyse sur la qualité du logement et à Eric Latimer pour la préparation de la section sur l'analyse des coûts du présent rapport.

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

*This document is available in English.*

#### CITATION

Citer comme suit : Lauren B. Currie, Akm Moniruzzaman, Michelle L. Patterson et Julian M. Somers (2014). *Projet Chez Soi : Rapport final du site de Vancouver*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada.

Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>

#### TOUS DROITS RÉSERVÉS

© Équipe de recherche du projet Chez Soi à Vancouver et 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 DE VANCOUVER

## TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux .....	5
Résumé .....	6
<b>Chapitre 1 - Introduction .....</b>	<b>9</b>
Historique et contexte .....	9
Phénomène de l'itinérance à Vancouver .....	9
<b>Chapitre 2 - Programmes offerts .....</b>	<b>11</b>
Description des programmes .....	11
Participants ayant des besoins modérés .....	11
Participants ayant des besoins élevés .....	11
<i>Participants en habitat collectif</i> .....	11
Participants des groupes témoins (services habituels à Vancouver) .....	12
Pourvoyeurs de services .....	12
<i>Appartements dispersés</i> .....	12
Recrutement, maintien et suivi .....	12
<b>Chapitre 3 - Caractéristiques de l'échantillon de Vancouver .....</b>	<b>13</b>
Caractéristiques démographiques .....	13
Données de référence sur l'utilisation des services de santé .....	14
Indicateurs relatifs à la petite enfance .....	14
Consommation quotidienne de substances psychotropes .....	15
<b>Chapitre 4 - Résultats relatifs au logement .....</b>	<b>17</b>
Stabilité résidentielle .....	17
<b>Chapitre 5 - Résultats relatifs à l'utilisation des services .....</b>	<b>18</b>
Tendances autodéclarées en matière d'utilisation des services .....	18
Visites à l'urgence .....	19
Modèle Logement d'abord et réduction des infractions .....	20
Conclusions sur la validation .....	20
<b>Chapitre 6 - Résultats relatifs aux coûts .....</b>	<b>21</b>

# RAPPORT FINAL DU PROJET CHEZ SOI DE VANCOUVER

## TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 7 - Résultats relatifs à la santé et à la société .....	22
Qualité de vie .....	22
Fonctionnement social .....	22
Chapitre 8 - Conclusions qualitatives .....	23
Importance des méthodes mixtes .....	23
Trajectoires de rétablissement .....	23
Fin de l'itinérance .....	23
Chapitre 9 - Incidence sur les politiques et les pratiques .....	24
Faisabilité du modèle Logement d'abord à Vancouver .....	24
Recrutement et maintien des participants .....	24
Conclusions sur l'échantillon au début du projet Chez Soi de Vancouver .....	24
Résultats pendant la période du projet .....	25
Conclusions .....	26
Références .....	27
Annexe .....	29

# MESSAGES PRINCIPAUX

Le quartier Downtown Eastside de Vancouver est l'un des plus pauvres au Canada et contraste avec la richesse et la beauté des alentours. La population itinérante de Vancouver se concentre dans ce quartier où les logements locatifs les moins chers de la ville côtoient un réseau vaste mais fragmenté de ressources composées de refuges, de centres de jour et de services de santé locaux. Vancouver est l'un des sites du projet pancanadien Chez Soi qui cherche des solutions pour contrer l'itinérance chez les personnes atteintes de maladie mentale. Ce rapport résume les résultats obtenus jusqu'ici par le projet Chez Soi de Vancouver. Il inclut des analyses qui se basent sur des entrevues narratives, des questionnaires et des sources de données administratives.

**1** **Le projet Chez Soi de Vancouver a recruté et retenu des personnes présentant des niveaux divers de besoins et de difficultés.** Le projet Chez Soi de Vancouver a recruté 497 participants dans des contextes communautaires et institutionnels très différents incluant les refuges d'urgence pour personnes itinérantes, les hôpitaux locaux, les centres de jour et les services locaux en travail de proximité. Au moment du recrutement, 78 p. 100 des participants étaient littéralement sans abri et 22 p. 100 vivaient dans des conditions précaires. Près des trois quarts (72 p. 100) des participants étaient des hommes et 87 p. 100 sont nés au Canada, qu'ils soient d'origine européenne (57 p. 100) ou autochtone (15 p. 100). L'âge médian était de 41 ans<sup>1</sup>. En moyenne, les participants ont connu leur premier épisode d'itinérance à l'âge de 30 ans et la période totale d'itinérance dans leur vie s'étend sur environ trois ans. La maladie mentale la plus prévalente était le trouble psychotique (53 p. 100). En effet, plus de la moitié des participants satisfaisaient les critères pour au moins deux problèmes de santé mentale (52 p. 100) et, dans une proportion de 81 p. 100, ils étaient aux prises avec au moins deux problèmes de santé physique. Le tiers (37 p. 100) des participants ont eu un trouble d'apprentissage durant leur enfance. Près des deux tiers (65 p. 100) ont subi des traumatismes crâniens. Leurs antécédents révèlent aussi un grand nombre d'événements perturbants graves durant l'enfance comme la violence sexuelle, physique ou psychologique ainsi que l'appartenance à une famille dysfonctionnelle. Une dépendance envers les substances psychotropes a été relevée chez 58 p. 100 des participants, desquels 29 p. 100 confiaient consommer quotidiennement des drogues illicites. Malgré la nature mouvante des populations itinérantes et les problèmes complexes des participants, notre taux de suivi global<sup>2</sup> a été de 82 p. 100. Le taux de suivi des groupes d'intervention a été de 90 p. 100 alors que celui des groupes témoins a atteint 75 p. 100.

**2** **Le modèle Logement d'abord est une intervention viable pour les personnes aux prises avec un problème d'itinérance chronique à Vancouver.** La stabilité résidentielle a été nettement meilleure chez les participants des groupes d'intervention que chez ceux des groupes témoins. De plus, le modèle Logement d'abord s'est révélé tout aussi efficace pour assurer une stabilité d'occupation d'un logement, que les participants soient ou non aux prises avec une dépendance envers les substances psychotropes. Pour la proportion relativement faible des participants des groupes témoins qui ont profité d'un logement à occupation stable, les logements étaient nettement inférieurs en matière de qualité à ceux des participants des groupes d'intervention.

**3** **Le modèle Logement d'abord influe sur l'utilisation des services juridiques, sociaux et de santé.** Chez les participants qui ont des besoins élevés, après une année de participation au projet, les données administratives révèlent que chaque participant des groupes témoins s'est rendu à l'urgence environ sept fois. Quant aux participants des groupes d'intervention, le nombre de visites à l'urgence par personne était d'environ trois fois et demie. Sur une période de 24 mois, les participants des groupes d'intervention ont en moyenne davantage eu recours aux services de consultation externe mais moins souvent aux services de première ligne que ceux des groupes témoins. Avant de prendre part au projet Chez Soi de Vancouver, la majorité des participants avaient eu des démêlés avec le système de justice pénale. Par la suite, pour les participants qui avaient des besoins élevés, les données administratives montrent une réduction notable des condamnations criminelles chez les participants des groupes d'intervention par rapport à ceux des groupes témoins.

**4** **Le modèle Logement d'abord améliore la qualité de vie et le fonctionnement social dans les quartiers diversifiés.** La qualité de vie et le fonctionnement social des participants des groupes d'intervention se sont améliorés de façon considérable et significative. Pendant les 24 mois où le projet s'est déroulé, ces améliorations ont été manifestement plus importantes dans les groupes d'intervention que dans les groupes témoins.

**5** **Le modèle Logement d'abord de Vancouver procure des avantages économiques.** Une étude détaillée des changements relatifs aux services utilisés autodéclarés par les participants permet de conclure qu'une intervention sur la base du modèle Logement d'abord du projet Chez Soi de Vancouver coûte en moyenne 28,282 dollars par personne par année chez les participants qui ont des besoins élevés et 15 952 dollars chez ceux qui ont des besoins modérés. Au cours de la période de suivi de deux ans, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 8,55 dollars chez les participants qui ont des besoins élevés. Chez les participants qui ont des besoins modérés, l'intervention n'a généré aucune économie mais le coût supplémentaire pour chaque tranche de 10 dollars investie dans les services du modèle Logement d'abord était très faible, s'établissant à 1,67 dollar.

**6** **Les résultats du projet Chez Soi de Vancouver ont une incidence importante sur les pratiques et les politiques.** Nos conclusions montrent l'efficacité du modèle Logement d'abord pour améliorer la santé, assurer une stabilité résidentielle, accroître la sécurité publique et améliorer la qualité de vie des personnes itinérantes. Elles appuient la pertinence de mettre en place ce modèle à Vancouver.

<sup>1</sup> La médiane correspond à la valeur qui partage les participants plus jeunes et les participants plus vieux dans une proportion de 50 p. 100

<sup>2</sup> Défini comme ayant été évalué par au moins une échelle à la dernière entrevue.

# RÉSUMÉ

Les conséquences de l'itinérance sont désastreuses pour la santé et la société. Le quartier Downtown Eastside de Vancouver est l'exemple le plus probant de cette réalité. Il a le triste honneur d'être l'un des quartiers les plus défavorisés du Canada. À Vancouver, les fonctionnaires municipaux, les pourvoyeurs de services, les chercheurs et les intervenants cherchent continuellement des solutions pour répondre aux besoins des personnes itinérantes atteintes de maladie mentale.

La population itinérante de cette ville semble se démarquer des populations itinérantes du reste de la province et du Canada par son taux élevé de consommation active de substances psychotropes et sa concentration géographique. Pour les personnes dans ces situations, les logements sont limités et souvent de mauvaise qualité, ce qui tend à aggraver leur état de santé et accroître leur exclusion sociale. Ce rapport décrit les résultats évalués à l'issue du projet Chez Soi de Vancouver. Il présente les conclusions des analyses quantitatives et qualitatives, lesquelles s'inscrivent dans le contexte de l'itinérance à Vancouver, et met en lumière les particularités du projet. Les conclusions s'appuient sur les données autodéclarées par les participants qui ont été recueillies durant le projet et sur les données administratives qui ont été compilées par les organismes gouvernementaux de la province.

Le projet Chez Soi de Vancouver consistait en deux essais cliniques randomisés (ECR) menés en parallèle, différenciés par l'intensité du soutien fourni aux groupes d'intervention. Le groupe aux besoins modérés (n=200) se composait de 100 participants répartis de façon aléatoire dans les groupes d'intervention, y compris ceux logés en habitat dispersé qui profitaient d'un suivi d'intensité variable (SIV), et de 100 participants assignés à un groupe témoin recevant les services habituels, c'est-à-dire qui ne bénéficiaient ni d'un logement ni d'un soutien dans le cadre du projet. Toutefois, ces participants continuaient d'avoir accès à une multitude d'options de logement et de services offerts à Vancouver. Le groupe aux besoins élevés (n=297) se composait de deux groupes d'intervention et d'un groupe témoin de 100 participants. Quarante-vingt-dix (90) participants étaient logés en habitat dispersé et bénéficiaient d'un suivi intensif dans le milieu (SIM) et 107 participants étaient logés en habitat collectif avec services de soutien sur place. L'intervention en habitat collectif est une particularité du projet Chez Soi de Vancouver. Tous les participants

habitaient la résidence communautaire Hôtel Bosman située au centre-ville de Vancouver. Ces participants avaient droit à une chambre et une salle de bains privées et à des repas quotidiens. De plus, ils avaient accès à une présence permanente au comptoir de réception ainsi qu'à une multitude de services de santé et d'aide sociale. Malgré la nature mouvante des populations itinérantes et les problèmes complexes des participants, notre taux de suivi global a été de 82 p. 100. Le taux de suivi des groupes d'intervention a été de 90 p. 100 alors que celui des groupes témoins a atteint 75 p. 100.

## Échantillon

L'échantillon de départ du projet Chez Soi de Vancouver comptait 497 participants. L'âge médian était de 41 ans. La majorité des participants étaient des hommes (72 p. 100) et étaient nés au Canada (87 p. 100) mais étaient d'origine européenne (57 p. 100) ou autochtone (15 p. 100). Dans une proportion de 78 p. 100, ils satisfaisaient les critères d'absence de logement absolue. La plupart des participants étaient célibataires et n'avaient jamais été mariés (70 p. 100). Ils étaient sans emploi (92 p. 100) et, dans 57 p. 100 des cas, ils n'avaient pas terminé leurs études secondaires. La période totale d'itinérance médiane était de trois ans et l'âge médian au premier épisode d'itinérance était de 28 ans. Dans bien des cas, les participants étaient aux prises avec les troubles mentaux suivants : trouble psychotique (53 p. 100), dépression majeure (40 p. 100), état de stress post-traumatique (ESPT) (26 p. 100), trouble panique (21 p. 100) et épisode de manie ou de dépression (19 p. 100). Un peu plus de la moitié des participants, soit 52 p. 100, avaient au moins deux troubles mentaux. De plus, 58 p. 100 des participants satisfaisaient les critères de dépendance envers les substances psychotropes, tandis qu'une dépendance envers l'alcool était relevée dans 24 p. 100 des cas. De tous les participants, 28 p. 100

indiquaient consommer au moins deux types de drogues et 29 p. 100 confiaient consommer quotidiennement des drogues illicites. Les maladies physiques étaient très prévalentes, y compris les maladies infectieuses et chroniques. D'ailleurs, 81 p. 100 des participants ont signalé avoir au moins deux maladies physiques et 30 p. 100 d'entre eux étaient infectés par le virus de l'hépatite C. En outre, près des deux tiers (65 p. 100) avaient subi un traumatisme crânien et plus du tiers (36 p. 100) avaient eu un trouble d'apprentissage durant l'enfance. Globalement, leurs antécédents révélaient un grand nombre d'événements perturbants graves durant l'enfance comme la violence sexuelle, physique ou psychologique ainsi que l'appartenance à une famille dysfonctionnelle.

Un peu plus des trois quarts (76 p. 100) des participants ont dit avoir consommé des drogues ou de l'alcool dans le mois précédant leur admission à l'étude. De ceux-ci, 29 p. 100 ont affirmé avoir consommé des substances psychotropes tous les jours. Ce pourcentage est considérablement plus élevé que celui observé lors d'interventions précédentes faisant intervenir le modèle Logement d'abord. Les substances psychotropes les plus couramment consommées par les participants qui consommaient tous les jours étaient la marijuana (49 p. 100), le crack (27 p. 100), l'alcool (18 p. 100), l'héroïne (15 p. 100) et les amphétamines (8 p. 100). Dans 78 p. 100 des cas, ces participants indiquaient ne consommer qu'une drogue mais 22 p. 100 déclaraient prendre plusieurs types de drogues sur une base quotidienne. Les participants qui consommaient des substances psychotropes sur une base quotidienne avaient une période totale d'itinérance plus longue, étaient plus à risque d'utiliser des drogues injectables et présentaient plus de symptômes de maladie mentale que les participants qui affirmaient consommer des drogues moins fréquemment ou qui s'abstenaient d'en consommer.

## Utilisation des services

Dans le mois précédant le recrutement, 49 p. 100 des participants ont déclaré avoir rencontré un pourvoyeur de services de santé et 27 p. 100 d'entre eux ont dit avoir vu un psychiatre. Une étude des antécédents des participants met en évidence que 53 p. 100 d'entre eux avaient été hospitalisés en raison d'une maladie mentale

au moins deux fois au cours des cinq années précédentes et que, pendant la même période, la durée d'hospitalisation avait dépassé six mois pour 12 p. 100 des participants. Dans les six mois précédant le recrutement, 58 p. 100 des participants s'étaient rendus à l'urgence, et 40 p. 100 y avaient été amenés en ambulance. L'analyse des données des urgences des hôpitaux de Vancouver a fait ressortir que chaque participant qui avait des besoins élevés, avant la randomisation, était allé à l'urgence en moyenne 4,8 fois durant l'année précédente. La majeure partie des problèmes présentés étaient d'ordre psychiatrique (32,8 p. 100), suivis de près par des problèmes généraux ou mineurs (19,8 p. 100). Après un an, les participants des groupes d'intervention avec SIM avaient grandement réduit leurs visites à l'urgence par rapport à ceux du groupe témoin. Les participants du groupe en habitat collectif se sont également moins rendus à l'urgence que les participants du groupe témoin qui avaient des besoins élevés, mais cette réduction n'était pas statistiquement significative<sup>3</sup>. Ces résultats suggèrent que le modèle Logement d'abord entraîne une réduction importante des visites à l'urgence chez les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale, notamment si ce modèle utilise un habitat dispersé.

## Logement

Les participants des groupes d'intervention ont manifesté une stabilité résidentielle durant une partie considérablement plus longue du projet que ceux des groupes témoins. Au cours des six derniers mois du projet, nous avons observé que les participants des groupes d'intervention occupaient un logement de façon stable 59 p. 100 du temps alors que ce taux atteignait 26 p. 100 chez ceux des groupes témoins durant cette même période. De plus, toujours durant les six derniers mois du projet, les participants des groupes témoins ont passé 42 p. 100 du temps sans stabilité d'occupation, contre 14 p. 100 pour les participants des groupes d'intervention. La qualité du logement d'un échantillon aléatoire (y compris la qualité de l'unité et de l'immeuble) était nettement supérieure dans les appartements des participants des groupes d'intervention que dans ceux des groupes témoins (ampleur d'effet de 0,79). Elle était également considérablement plus uniforme (moins variable) dans les résidences fournies aux participants des groupes d'intervention que dans celles que les

participants des groupes témoins trouvaient d'eux-mêmes ou à l'aide d'autres services et programmes de logement, dans le cas de ceux qui ont occupé un logement au moins deux mois pendant la période du projet.

## Santé et société

La qualité de vie de tous les groupes du projet a été évaluée au moment de l'enquête initiale et tous les six mois par la suite. Une des publications achevées qui s'appuie sur les données du projet Chez Soi de Vancouver précise que les participants assignés aléatoirement à un groupe d'intervention (avec SIM, en habitat collectif ou avec SIV) affirmaient avoir une bien meilleure qualité de vie après un an comparativement aux participants du groupe témoin correspondant, peu importe le type d'intervention. Plus précisément, la perception des participants logés était nettement plus positive en ce qui a trait à leur sécurité et à leurs conditions de vie. D'autres résultats non publiés indiquent une amélioration notable pour tous les groupes logés par rapport aux groupes témoins après 24 mois depuis le début du projet. Dans l'ensemble, au cours du projet, les participants des groupes d'intervention ont montré une amélioration du fonctionnement social noté par l'observateur. Le fonctionnement social a été évalué à plusieurs égards, notamment les activités de la vie quotidienne, la santé mentale et la santé physique.

La majorité des participants (67 p. 100) avaient eu des démêlés avec le système de justice pénale; on note un nombre moyen de 8,7 condamnations par personne au cours de la décennie précédant le recrutement. Les crimes contre les biens (nombre moyen de 4,09) étaient les infractions les plus courantes. À la suite de la répartition aléatoire, le nombre de condamnations chez les participants des groupes d'intervention avec SIM a grandement chuté comparativement aux participants du groupe témoin ayant des besoins élevés. Quant aux participants en habitat collectif, la réduction du nombre de condamnations par rapport au groupe témoin était légèrement significative.

## Analyse économique<sup>4</sup>

L'incidence économique du projet Chez Soi de Vancouver a été évaluée en tenant compte du grand nombre de coûts pris en charge par la société. L'intervention en habitat dispersé coûte en moyenne annuellement 28 282 dollars par

<sup>3</sup> La signification statistique est définie comme la probabilité qu'un résultat observé ne relève pas uniquement du hasard. Dans le présent rapport, le seuil de signification est généralement de  $p < 0,05$  (le résultat observé a moins de 5 p. 100 de chances d'avoir été obtenu par hasard), sauf indication contraire.

personne pour les participants qui ont des besoins élevés<sup>4</sup> et 15 952 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel de première ligne et de leurs superviseurs, les autres dépenses du projet comme les déplacements, les loyers, les services publics, etc., ainsi que les suppléments au loyer fournis par la subvention de la Commission de la santé mentale du Canada. L'intervention avec logement pour les participants ayant des besoins élevés est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours de la période de suivi de deux ans, nous avons comparé les coûts des services pour les participants des groupes d'intervention et ceux pour les participants des groupes témoins. Nous avons constaté que le fait de recevoir des services dans le cadre du projet a permis de réduire en moyenne les coûts des services pour les participants qui ont des besoins élevés de 24 190 dollars par personne par année. Toutefois, dans le cas des participants ayant des besoins modérés, nous avons noté une augmentation globale de 2 667 dollars. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 8,55 dollars chez les participants ayant des besoins élevés. Chez les participants ayant des besoins modérés, l'intervention n'a généré aucune économie lorsque les différences entre les groupes au début du projet sont prises en compte. Chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a entraîné une augmentation des coûts de 1,67 dollar. Ces différences s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Chez les participants ayant des besoins élevés, nous avons principalement observé une réduction des coûts pour les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques (15 646 dollars par personne par année), les hospitalisations dans une unité médicale d'hôpitaux généraux (9 740 dollars par personne par année), les hospitalisations en milieu psychiatrique (5 487 dollars par personne par année), les séjours d'une nuit dans les refuges d'urgence (4 066 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé communautaire ou chez d'autres pourvoyeurs de la communauté (3 016 dollars par personne par année), l'occupation de chambres individuelles avec services (1 331 dollars par personne par année), les visites à l'urgence (1 183 dollars par personne

par année), le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 172 dollars par personne par année), les séjours en centre de désintoxication (1 059 dollars par personne par année) et les séjours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (1 007 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des séjours dans le cadre d'un programme en établissement pour la réadaptation psychiatrique (2 920 dollars par personne par année). Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les visites aux centres de jour (1 910 dollars par personne par année), l'occupation de chambres individuelles avec services (1 376 dollars par personne par année), les séjours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (1 100 dollars par personne par année) et les visites à l'urgence (1 025 dollars par personne par année). Parallèlement, plusieurs coûts se sont accrus considérablement : consultations dans les centres de santé de la communauté ou chez d'autres pourvoyeurs (4 531 dollars par personne par année), incarcération en pénitencier ou en prison (2 234 dollars par personne par année) et hospitalisations dans une unité médicale d'hôpitaux généraux (1 862 dollars par personne par année). Les autres réductions et augmentations étaient inférieures à 1 000 dollars par personne par année.

## Incidence sur les politiques et les pratiques

Les conclusions du projet Chez Soi de Vancouver indiquent que le modèle Logement d'abord peut être appliqué et être efficace au Canada y compris dans un milieu comme le quartier Downtown Eastside de Vancouver, lequel regroupe la population canadienne la plus traumatisée, marginalisée et défavorisée. Malgré une période de suivi d'à peine deux ans, les résultats positifs se font sentir à bien des égards, ce qui laisse croire qu'il est possible et important d'élargir le programme de logements avec services. La présence unique d'un volet en habitat collectif et la forte prévalence de problèmes liés à la consommation de substances psychotropes chez les participants du projet Chez Soi de Vancouver aident à bien comprendre la nécessité d'adapter les interventions qui reposent sur les logements avec services afin de répondre à un large éventail de besoins individuels. Ces deux

particularités enrichissent également l'ensemble des connaissances qui appuient l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les personnes atteintes de maladie mentale qui consomment des substances psychotropes. Les réductions importantes en matière de visites à l'urgence et d'infractions conjuguées à des améliorations de la qualité de vie, du logement et des activités de la vie quotidienne illustrent le besoin de mettre en place à Vancouver un modèle accordant la priorité au logement pour les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. Le projet Chez Soi de Vancouver joue un rôle important dans la réforme des services en cours à Vancouver et en Colombie-Britannique. Le suivi des participants sera assuré jusqu'en 2015 au minimum grâce au soutien de la régie régionale de santé Vancouver Coastal Health et de la Commission de la santé mentale du Canada. Il ne fait aucun doute que les résultats à venir pourront servir dans l'application des pratiques pour le bien des personnes vulnérables.

<sup>4</sup> Analyse économique fournie par l'équipe de recherche de Chez Soi de Montréal.

<sup>5</sup> Sauf les participants du groupe en habitat collectif ayant des besoins élevés.

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

La section suivante présente le projet Chez Soi de Vancouver dans le contexte de la situation vécue par les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale à Vancouver. Elle fournit des précisions sur les interventions du projet Chez Soi de Vancouver, le recrutement des participants et le suivi au fil du temps.

### Historique et contexte

L'objectif du rapport est de décrire et d'examiner les résultats du projet Chez Soi de Vancouver. Dans le cadre du projet Chez Soi<sup>6</sup> qui se déroulait dans des emplacements multiples, Vancouver a mis en place des essais cliniques randomisés (ECR) menés en parallèle dans le but de faire avancer les connaissances relatives aux types de logement et de services qui favorisent le mieux le rétablissement des personnes itinérantes atteintes de maladie mentale dans cette ville [1,2]. Le rapport examine les conclusions dans le contexte de l'itinérance à Vancouver et souligne les particularités de la méthodologie de recherche pour cette ville. Il présente des analyses basées sur des données d'entrevue autodéclarées en plus d'analyses fondées sur des sources de données administratives de plusieurs ministères provinciaux. Outre des conclusions quantitatives, il présente des conclusions qualitatives obtenues en fonction d'un sous-échantillon représentatif des participants qui ont pris part aux entrevues narratives détaillées.

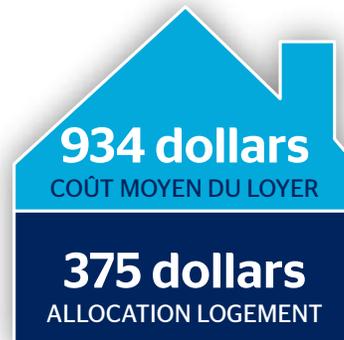
La population itinérante de Vancouver semble se démarquer des populations itinérantes du reste de la province et du Canada par son taux élevé de consommation active de substances psychotropes et sa concentration géographique.

### Phénomène de l'itinérance à Vancouver

À Vancouver, ville prospère empreinte de beauté naturelle, on assiste depuis quelques décennies à l'émergence d'une population itinérante bien visible. Les fonctionnaires municipaux, les pourvoyeurs de services et les intervenants de Vancouver cherchent continuellement des solutions pour répondre aux besoins des personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. La population itinérante de Vancouver semble se démarquer des populations itinérantes du reste de la province et du Canada par son taux élevé de consommation active de substances psychotropes et sa concentration géographique. En plus d'avoir le triste honneur d'être le plus pauvre au Canada, le quartier Downtown Eastside de Vancouver est bien connu pour sa population itinérante visible, son taux de criminalité élevé, son marché des drogues ouvert, des maladies infectieuses endémiques et une mortalité prématurée [3-5]. La prévalence des maladies chroniques au sein de la population itinérante de Vancouver est bien documentée [3-8] tout comme la constatation que de nombreuses personnes itinérantes n'utilisent aucunement le système de soins de santé officiel et qu'elles s'exposent ainsi à un risque accru sur le plan de la santé, y compris la surdose [6,9]. La

régie régionale de santé Vancouver Coastal Health estime qu'environ 3 200 personnes du quartier Downtown Eastside présentent des problèmes de santé graves et que 2 100 autres ont besoin de services de soutien intensifs. Malheureusement, pour bon nombre d'entre elles, les problèmes demeurent sans traitement, autre que les soins reçus lors des visites à l'urgence [9-11].

Le quartier Downtown Eastside compte environ 16 000 personnes dont bon nombre sont itinérantes ou en situation d'instabilité sur le plan du logement. Depuis de nombreuses années, les chambres en hôtel sont l'option de logement la plus abordable dans le quartier. Dans bien des cas, ces hôtels sont de piètre qualité et ont besoin de réparations majeures. De plus, ils sont infestés par les punaises de lit et la vermine. Les drogues illicites et les activités criminelles y sont monnaie courante [12-14]. La forte concentration de tels hôtels est également une particularité du centre-ville de Vancouver. La demande pour les habitations à loyer modique est élevée, comme en témoigne le taux d'inoccupation de 0,5 p. 100 pour les studios. Une habitation à loyer modique est donc hors de portée pour les personnes qui reçoivent une allocation de logement dans le



cadre de l'aide au revenu. En 2011, le loyer pour un appartement avec une chambre à coucher était de 934 dollars par mois en moyenne, soit plus du double de cette allocation mensuelle qui était de 375 dollars. En règle générale, l'habitat collectif est la seule option de logement à Vancouver pour les personnes confrontées à des difficultés multiples y compris la pauvreté, la consommation de substances psychotropes et la maladie mentale. Cette tendance ne semble pas s'essouffler, comme l'illustrent l'achat et la rénovation de certains hôtels à chambres individuelles et le développement d'habitats collectifs sur 14 sites de la ville. En plus des hôtels à chambres individuelles, le quartier

<sup>6</sup> Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> pour une description complète du protocole Chez Soi (en anglais seulement).

Depuis de nombreuses années, les chambres en hôtel sont l'option de logement la plus abordable dans le quartier. Dans bien des cas, ces hôtels sont de piètre qualité et ont besoin de réparations majeures. De plus, ils sont infestés par les punaises et la vermine. Les drogues illicites et les activités criminelles y sont monnaie courante.

Downtown Eastside abrite une concentration importante de centres de jour, de cliniques de santé communautaire, de services d'approche et de refuges d'urgence. Ce quartier regroupe donc une proportion importante des services de traitement habituel pour les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale.

Pour guider la mise en œuvre du projet Chez Soi de Vancouver, nous avons consulté le dénombrement des personnes itinérantes du Grand Vancouver de 2008 et divers partenaires communautaires pour établir la répartition et les caractéristiques d'un échantillon représentatif de personnes qui étaient itinérantes atteintes de maladie mentale<sup>7</sup>. Le dénombrement de 2008 indiquait une hausse de 23 p. 100 par comparaison au dénombrement précédent fait en 2005. Plus spécifiquement, entre 2005 et 2008, le pourcentage de personnes qui ont connu un épisode d'itinérance d'un an ou plus a augmenté de 65 p. 100, soit 48 p. 100 des personnes dénombrées en 2008. Outre l'augmentation importante du taux d'itinérance, les taux de maladie mentale et de consommation de substances psychotropes autodéclarées ont bondi respectivement de 86 p. 100 et de

63 p. 100. En 2007, une estimation provinciale de la population adulte aux prises avec de graves maladies mentales (y compris la consommation de substances psychotropes) montre que 1 800 adultes à Vancouver étaient en situation d'absence de logement absolue et que 2 280 autres étaient à risque d'itinérance [37]. Ces rapports non seulement attestent une hausse marquée des taux d'itinérance et la gravité du phénomène à Vancouver, mais prouvent aussi que l'itinérance touche un très grand nombre de personnes.

Récemment, le public et les élus municipaux ont centré leurs préoccupations sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. L'objectif établi par la ville est de mettre fin à l'itinérance d'ici 2015 et, pour ce faire, divers projets municipaux ont été lancés pour tenter d'atteindre cet objectif. En plus de soutenir la mise en place de refuges temporaires peu restrictifs pour la saison froide, la Ville prévoit la construction d'immeubles d'appartements pour loger et soutenir les personnes itinérantes. Plusieurs projets municipaux et provinciaux récemment mis en œuvre prennent en

compte les défis liés à l'itinérance, y compris des innovations juridiques (p. ex., le tribunal communautaire), une gamme de services de santé mentale étendue (p. ex., le Burnaby Centre for Mental Health & Addiction), l'accès à l'aide au revenu et des investissements pour stabiliser le parc de logements (p. ex., l'achat d'hôtels et le développement d'autres logements avec services partiels). Si ces projets se réalisent et que ces engagements se concrétisent, ils amélioreront significativement la qualité des traitements habituels offerts aux personnes itinérantes atteintes de maladie mentale à Vancouver.

...l'habitat collectif est la seule option de logement à Vancouver pour les personnes confrontées à des difficultés multiples y compris la pauvreté, la consommation de substances psychotropes et la maladie mentale. Cette tendance ne semble pas s'essouffler, comme l'illustrent l'achat et la rénovation de certains hôtels à chambres individuelles et le développement d'habitats collectifs sur 14 sites de la ville.

<sup>7</sup> Le dénombrement des personnes itinérantes du Grand Vancouver de 2008 a également relevé 1 037 personnes itinérantes dans les zones suburbaines de Vancouver.

# CHAPITRE 2

## PROGRAMMES OFFERTS

Avant la mise en œuvre du projet Chez Soi, le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le suivi d'intensité variable (SIV) étaient absents à Vancouver. Comme l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les personnes ayant une dépendance envers les substances psychotropes avait été remise en question par le passé [23], la recherche devait cibler particulièrement la forte prévalence de la consommation de substances psychotropes au sein de la population itinérante de la ville. De plus, le faible taux d'occupation et le coût élevé du loyer des appartements de qualité rendaient incertaines la probabilité et la faisabilité de trouver des unités d'habitation pour les participants des groupes d'intervention. Les hôtels à chambres individuelles et les habitats collectifs étaient les options de logement les plus abordables de la ville et jouaient un rôle capital dans le plan de lutte contre l'itinérance. Nous devons donc examiner ces options, ainsi que l'option plus classique, l'habitat dispersé, qui est généralement utilisée avec le modèle Logement d'abord. Le projet Chez Soi de Vancouver permettrait de tester l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale dans cette ville. Il permettrait également d'évaluer la faisabilité de fournir des services de soutien et la logistique nécessaire pour trouver et négocier des options de logement dans un marché locatif hautement concurrentiel.

Comme l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les personnes ayant une dépendance envers les substances psychotropes avait été remise en question par le passé [23], la recherche devait cibler particulièrement la forte prévalence de la consommation de substances psychotropes au sein de la population itinérante de la ville.

### Description des programmes

Le projet Chez Soi de Vancouver reposait sur deux études à répartition aléatoire<sup>8</sup> différenciées par l'intensité du soutien fourni aux groupes d'intervention. Pendant l'entrevue initiale, les participants ont été répartis en deux catégories : besoins élevés ou besoins modérés. Cette répartition était fondée sur les critères suivants : type de maladie mentale, déficience fonctionnelle, démêlés avec le système de justice pénale, hospitalisation pour troubles psychiatriques et consommation de substances psychotropes. Le modèle Logement d'abord était appliqué pour toutes les interventions et l'équipe du logement du projet Chez Soi de Vancouver a acquis et géré un stock dynamique de logements. Les sections suivantes offrent une courte description des interventions. D'autres sources offrent des détails sur le devis de l'étude, y compris les interventions et les méthodes de recherche<sup>9</sup>.

### Participants ayant des besoins modérés

Les participants de cette catégorie ont été assignés aléatoirement à un groupe d'intervention qui conjugait SIV et logement autonome ou à un groupe témoin (traitement habituel). La Coast Mental Health Foundation a dirigé l'équipe SIV et les services ont été fournis par des gestionnaires de cas auxquels un certain nombre de participants ont été confiés.

### Participants ayant des besoins élevés

Les participants de cette catégorie ont été assignés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIM et logement autonome, à un groupe d'intervention en habitat collectif à la résidence communautaire Hôtel Bosman avec services de soutien sur place de type SIM ou à un groupe témoin (traitement habituel). Les participants assignés au premier groupe bénéficiaient du soutien de l'équipe multidisciplinaire de SIM de RainCity Housing, laquelle comprenait un pair aidant et d'autres professionnels. Cette équipe a géré collectivement les besoins émergents des 90 participants de ce groupe.

### PARTICIPANTS EN HABITAT COLLECTIF

Les 107 participants de cette catégorie ont été logés dans la résidence communautaire Hôtel Bosman, ancien hôtel-motel situé au centre-ville de Vancouver. Ces participants avaient droit à une chambre et une salle de bains privées et à des repas quotidiens préparés dans une cuisine commune. De plus, ils avaient accès à une présence permanente au comptoir de réception avec gestion de la pharmacothérapie ainsi qu'à une d'autres services de santé et d'aide sociale nécessaires. Les services offerts à la résidence communautaire Hôtel Bosman étaient fournis par la Portland Hotel Society et les participants pouvaient compter sur un soutien d'un niveau comparable à une équipe de SIM. En plus de ces services, les

<sup>8</sup> Enregistrement des études : Current Controlled Trials : ISRCTN5759077 (Vancouver At Home study: Housing First plus Assertive Community Treatment versus congregate housing plus support versus treatment as usual) et ISRCTN66721740 (Vancouver At Home study: Housing First plus Intensive Case Management versus treatment as usual).

<sup>9</sup> Voir <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1745-6215-14-365.pdf> pour une description complète du devis d'étude, des méthodes, des instruments de recherche et des particularités du projet Chez Soi de Vancouver (en anglais seulement).

participants pouvaient prendre part à des activités rémunérées, y compris le travail en cuisine et les activités d'amélioration du quartier. Ils pouvaient également participer aux activités de groupe à la résidence (groupes de soutien, activités de bricolage, soirées cinéma, hockey de rue, basketball et autres activités sociales).

## Participants des groupes témoins (services habituels à Vancouver)

Peu importe s'ils avaient des besoins élevés ou modérés, les participants des groupes témoins n'ont bénéficié d'aucun service de soutien ni logement dans le cadre du programme. Toutefois, ils continuaient d'avoir accès aux services existants à Vancouver pour les personnes itinérantes et celles atteintes de maladie mentale. Comme il a déjà été mentionné, bon nombre de ces services sont concentrés dans le quartier Downtown Eastside. Les participants des groupes témoins avaient notamment accès aux refuges d'urgence, aux hôtels à chambres individuelles, ainsi qu'aux services communautaires comme les programmes de repas, les centres de jour, les cliniques de santé communautaire et les banques alimentaires. Les logements permanents avec services étaient rares et aucune équipe de SIM ou de SIV ne s'occupait de répondre aux besoins des personnes itinérantes hors de la portée de l'étude.

## Pourvoyeurs de services

La sélection des pourvoyeurs de services locaux pour le projet Chez Soi de Vancouver s'est faite selon un processus concurrentiel de demande de propositions. Un groupe de personnes haut placées a examiné les demandes. Ces personnes provenaient des secteurs de la recherche sur l'itinérance et de la gestion des services ainsi que d'organismes subventionnaires de la communauté. Les critères d'examen étaient l'expérience organisationnelle, le plan d'exécution et le budget. Les pourvoyeurs de services ont suivi une formation particulière sur les principes et l'application du modèle Logement d'abord. Tous les programmes du projet ont été soumis à des évaluations de fidélité par des équipes externes à deux reprises pendant le projet. Ces évaluations de fidélité permettaient de confirmer que les pourvoyeurs de services du projet Chez Soi de Vancouver respectaient et mettaient en pratique les principes et procédures du modèle Logement d'abord. Les services étaient basés sur le modèle défini par Pathways to Housing [15-17] y compris la connaissance des besoins des participants locaux (p. ex., gravité de la toxicomanie) et le soutien des participants en habitat collectif et en habitat dispersé. Les participants assignés aléatoirement aux groupes d'intervention étaient pris en charge par un gestionnaire de cas dans un délai de deux jours suivant leur arrivée dans le projet.

En vue de favoriser l'intégration communautaire, un maximum de 20 p. 100 des appartements dispersés pouvaient être attribués aux participants du programme.

## APPARTEMENTS DISPERSÉS

En tant que gestionnaire principal du logement, la Motivation Power Achievement (MPA) Society s'est occupée de repérer des appartements dans divers quartiers de la ville pour constituer un parc de logements. Ces appartements étaient des unités locatives privées appartenant à divers propriétaires. En vue de favoriser l'intégration communautaire, un maximum de 20 p. 100 des appartements dispersés pouvaient être attribués aux participants du programme. Il incombait à l'administrateur des logements chez MPA d'établir et de maintenir des liens avec les propriétaires et, au besoin, de trouver pour certains participants une résidence plus adéquate. Les participants en habitat dispersé (groupes d'intervention avec SIM et logement ou SIV et logement) bénéficiaient de services à domicile et devaient rencontrer le personnel du projet toutes les semaines. Conformément aux principes du modèle Logement d'abord, les participants des groupes d'intervention n'étaient pas tenus de suivre de thérapie (p. ex., traitement de la toxicomanie ou de la maladie mentale).

## Recrutement, maintien et suivi

Les participants ont été recrutés dans plus de 40 organismes et établissements communautaires, lesquels fournissent près de 13 types de services différents. Les sources de recommandation ont été multiples : refuges pour personnes itinérantes, centres de jour, équipes de démarchage auprès des personnes itinérantes, hôpitaux, équipes communautaires en santé mentale et programmes en justice pénale. Dans certains cas, les membres de l'équipe de recherche ont communiqué directement avec les participants potentiels. Dans d'autres, le personnel des organismes recommandait les participants potentiels à l'équipe de recherche du projet Chez Soi de Vancouver. Dans bien des cas, l'agent responsable de la recommandation et un membre du personnel du projet Chez Soi de Vancouver ont discuté des participants potentiels pour évaluer au préalable leur admissibilité et éliminer ceux qui étaient manifestement non admissibles. L'admissibilité était confirmée à l'occasion d'une entrevue de sélection en personne. Environ 800 personnes ont été rencontrées pour évaluer leur admissibilité. De tous les participants qui n'ont pas été retenus pour le projet, environ 200 ont été exclus en raison de leur non admissibilité, 100 étaient admissibles mais n'ont pas repris contact après l'entrevue de sélection, trois ont refusé de participer au projet et trois ont été incapables de terminer l'entrevue initiale. Des 497 participants triés par répartition aléatoire, 88 p. 100 ont consenti à donner accès aux données administratives compilées par les ministères, ce qui a grandement aidé l'équipe de recherche du projet Chez Soi de Vancouver à faire un suivi temporel des participants [2].

Des renseignements détaillés ont été recueillis pour accroître la probabilité de maintenir un contact à long terme avec les participants, y compris une description physique. Les participants ont même fourni de l'information sur le lieu de leurs activités quotidiennes, leurs contacts sociaux et les services qu'ils utilisent. Pendant la période de suivi de deux ans, le taux de suivi des participants a varié de 92 à 100 p. 100 pour les cinq groupes du projet. Les principales raisons qui ont empêché le suivi après la randomisation étaient le décès (n=29) ou l'incapacité à localiser le participant. Le taux de maintien global<sup>10</sup> pour la période de 24 mois a été de 97 p. 100 (groupe d'intervention en habitat collectif : 100 p. 100, groupe d'intervention avec SIM : 100 p. 100, groupe témoin avec besoins élevés et SIV : 98 p. 100, groupe témoin avec besoins modérés : 92 p. 100). De tels taux de maintien et de suivi sont sans précédent dans les travaux de recherche et sont attribuables à une approche globale, à un bureau de terrain accueillant, aux relations avec les pourvoyeurs de services communautaires et à une équipe d'observateurs dévouée [2].

<sup>10</sup> Défini comme ayant passé au moins une entrevue de suivi.

# CHAPITRE 3

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE VANCOUVER

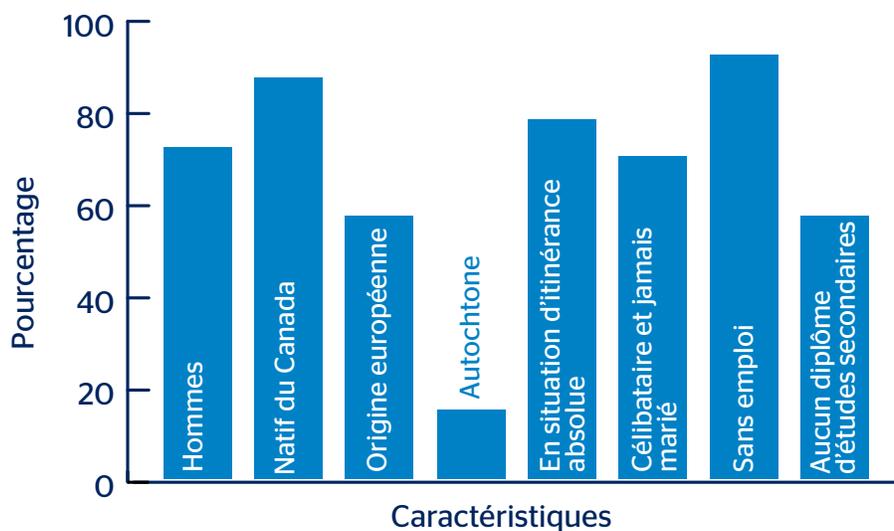
La section suivante décrit les résultats basés sur des analyses non publiées préparées par l'équipe de recherche intersites Chez Soi et sur les publications avec comité de lecture jusqu'à présent produites par l'équipe de recherche de Vancouver. Les résultats présentés sont fondés sur des données ponctuelles ainsi que sur des données recueillies par des questionnaires normalisés lors d'entrevues avec les participants, des données administratives et de l'information qualitative recueillie pendant les entrevues narratives.

### Caractéristiques démographiques

L'échantillon de départ comptait 497 participants. L'âge médian était de 41 ans. La majorité des participants étaient des hommes (72 p. 100) et étaient nés au Canada (87 p. 100), d'origine européenne (57 p. 100) ou autochtone (15 p. 100). Dans une proportion de 78 p. 100, ils vivaient une situation d'absence de logement absolue. La plupart des participants étaient célibataires et n'avaient jamais été mariés (70 p. 100). Ils étaient sans emploi (92 p. 100) et, dans 57 p. 100 des cas, ils n'avaient jamais terminé leurs études secondaires [2].

En moyenne, la période totale d'itinérance des participants était de 60 mois et les participants avaient vécu leur premier épisode d'itinérance à 30 ans. Une analyse de référence de la période d'itinérance a examiné les caractéristiques individuelles liées à l'itinérance « prolongée » et à l'itinérance « chronique ». L'itinérance « prolongée » correspondait à un épisode d'itinérance d'au moins un an. Les facteurs de prédiction indépendante étaient un âge actuel avancé, un premier épisode d'itinérance à un jeune âge, un problème actuel de dépendance envers les substances psychotropes, la consommation quotidienne de drogues illicites et l'absence de rencontre avec un psychiatre au cours du mois précédent. L'itinérance « chronique » correspondait à une période totale d'itinérance d'au moins trois ans. Les facteurs de prédiction étaient le fait d'être un homme, un âge actuel avancé, un premier épisode d'itinérance à un jeune âge, des études secondaires non terminées, la consommation d'alcool dans le dernier mois et la consommation quotidienne de drogues illicites [18]. À l'instar des conclusions d'autres recherches précédentes, il est clair que la consommation de drogues illicites et un premier épisode d'itinérance à un jeune âge sont des facteurs de prédiction importants de l'itinérance prolongée et de l'itinérance chronique chez les personnes atteintes de maladie mentale. Cette constatation fait ressortir la nécessité d'intervenir plus rapidement et d'offrir des programmes qui traitent à la fois la consommation de substances psychotropes et la maladie mentale [18].

En moyenne, la période totale d'itinérance des participants était de 60 mois et les participants avaient vécu leur premier épisode d'itinérance à 30 ans.



ÂGE MÉDIAN  
**41**  
ANS

Tableau 3.1 Caractéristiques démographiques des participants – Vancouver\*

	ÉCHANTILLON N =497 %	BESOINS ÉLEVÉS N =297 %	BESOINS MODÉRÉS N =200 %
GROUPES D'ÂGE			
34 ans ou moins	34	41	24
De 35 à 54 ans	55	49	65
55 ans ou plus	11	10	11
GENRE			
Homme	72	73	71
Femme	27	26	29
Autre	1	1	<1
PAYS NATAL			
Canada	87	87	88
Autre	13	13	12
ORIGINE ETHNIQUE			
Autochtone	15	15	16
Autre groupe ethnoculturel	23	24	23
ÉTAT MATRIMONIAL			
Célibataire, jamais marié	70	73	65
Marié ou conjoint de fait	5	4	6
Autre	25	23	29
PARENTALITÉ			
Au moins un enfant	25	24	27
NIVEAU D'ÉTUDES			
N'a pas terminé ses études secondaires			
A terminé ses études secondaires	57	61	50
Études postsecondaires	21	21	22
	22	18	28
SERVICE MILITAIRE (Canada ou pays allié)	5	6	5
Revenu du mois précédent inférieur à 300 \$	15	15	15
Antécédents professionnels (travail en continu pendant au moins un an dans le passé)	65	63	69
Actuellement sans emploi	92	93	92

\*L'information a été fournie par les participants.

49 p. 100 des participants avaient rencontré un pourvoyeur de services de santé et 27 p. 100 d'entre eux avaient vu un psychiatre.

Les maladies mentales les plus prévalentes étaient le trouble psychotique (53 p. 100), la dépression (40 p. 100), l'état de stress post-traumatique (ESPT) (26 p. 100), le trouble panique (21 p. 100) et le trouble bipolaire (19 p. 100). Un peu plus de la moitié des participants, soit 52 p. 100, avaient au moins deux maladies mentales. De plus, 58 p. 100 des participants présentaient une dépendance envers les substances psychotropes tandis qu'une dépendance envers l'alcool était relevée dans 24 p. 100 des cas. De tous les participants, 28 p. 100 indiquaient consommer au moins deux types de drogues et 29 p. 100 confiaient consommer quotidiennement des drogues illicites. Les maladies physiques étaient prévalentes, y compris les maladies infectieuses et chroniques. D'ailleurs, 81 p. 100 des participants ont signalé avoir au moins deux maladies physiques et 30 p. 100 d'entre eux étaient infectés par le virus de l'hépatite C. En outre, près des deux tiers (65 p. 100) ont subi un traumatisme crânien. Les participants ont déclaré avoir vécu un grand nombre d'événements négatifs graves pendant leur enfance, comme la violence sexuelle, physique ou psychologique, ainsi que l'appartenance à une famille dysfonctionnelle [2].

## Données de référence sur l'utilisation des services de santé

Dans le mois précédant le recrutement, 49 p. 100 des participants avaient rencontré un pourvoyeur de services de santé et 27 p. 100 d'entre eux avaient vu un psychiatre. Une étude des antécédents des participants met en évidence que 53 p. 100 d'entre eux avaient été hospitalisés en raison d'une maladie mentale au moins deux fois au cours des cinq années précédentes et que, pendant la même période, la durée d'hospitalisation avait dépassé six mois pour 12 p. 100 des participants. Dans les six mois précédant le recrutement, 58 p. 100 des participants s'étaient rendus à l'urgence et 40 p. 100 y avaient été amenés en ambulance. L'analyse statistique de l'utilisation des services de santé pour l'ensemble des participants du projet Chez Soi de Vancouver a révélé que les personnes aux prises avec une maladie mentale grave (p. ex., trouble psychotique, trouble bipolaire, trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques) ont eu beaucoup moins recours aux services de santé que les participants aux prises avec une maladie mentale moins grave (p. ex., dépression majeure, trouble panique, ESPT) ( $p \leq 0,05$ ) [19].

En outre, plus du tiers (37 p. 100) se rappellent qu'une personne leur avait dit qu'ils avaient un trouble d'apprentissage alors qu'ils étaient enfants.

## Indicateurs relatifs à la petite enfance

Plus du tiers (36 p. 100) de tous les participants ont dit avoir eu un problème ou un trouble d'apprentissage durant l'enfance. En outre, plus du tiers (37 p. 100) se rappellent qu'une personne leur avait dit qu'ils avaient un trouble d'apprentissage alors qu'ils étaient enfants. Dans une proportion de 27 p. 100, les participants indiquent que ces deux réalités s'appliquent dans leur cas [20]. Les participants qui ont dit présenter un trouble d'apprentissage durant l'enfance étaient nettement plus susceptibles de rapporter des problèmes de santé physique (p. ex., maladies infectieuses transmises par

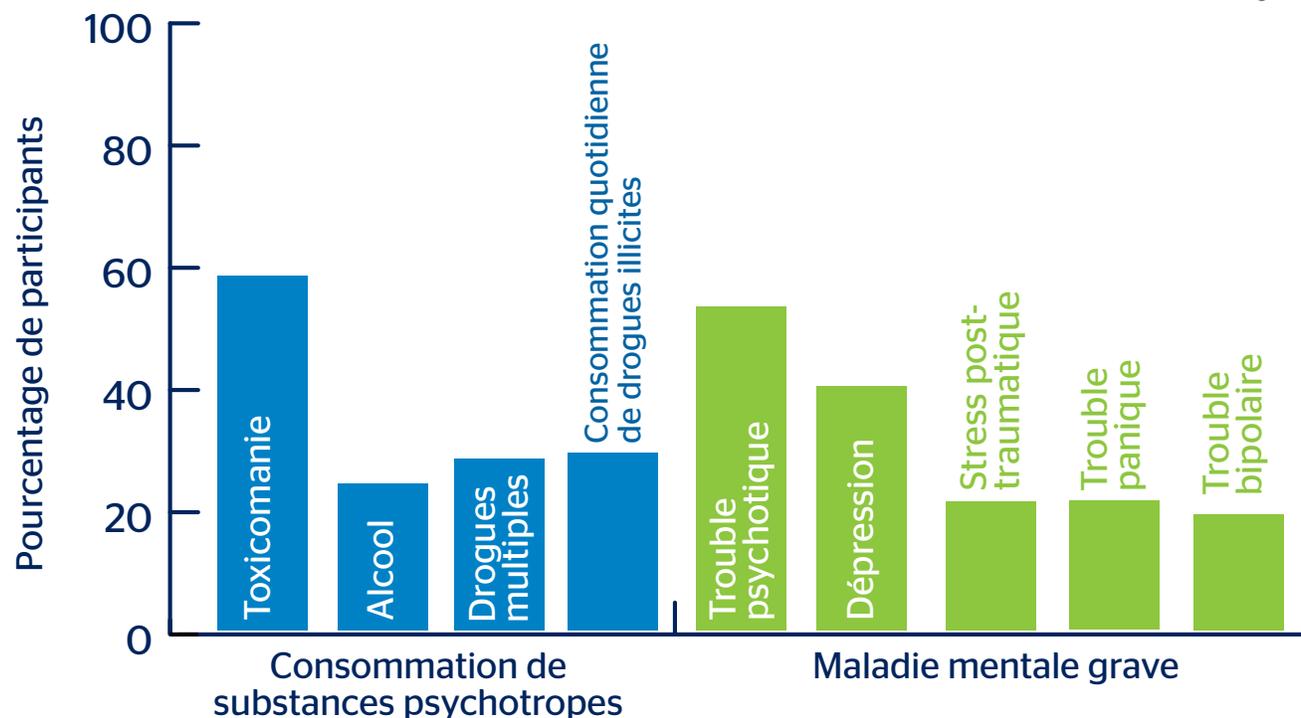
Tableau 3.2 Antécédents d'itinérance – Vancouver\*

	ÉCHANTILLON N =497 %	BESOINS ÉLEVÉS N =297 %	BESOINS MODÉRÉS N=200 %
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À L'ADMISSION Itinérance absolue** Stabilité résidentielle précaire	78 22	78 22	78 22
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE Année précédant le projet 2008 ou plus tôt	17 83	16 84	18 82
ÉPISODE D'ITINÉRANCE LE PLUS LONG EN MOIS MONTHS (valeurs inférieure et supérieure arrondies à la hausse)	31 (1-240)	32 (1-240)	29 (1-240)
PÉRIODE TOTALE D'ITINÉRANCE EN MOIS (valeurs inférieure et supérieure arrondies au mois le plus près)	60 (1-720)	62 (1-432)	58 (1-720)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE (valeurs inférieure et supérieure arrondies au mois le plus près)	30 (4-74)	29 (4-74)	33 (6-65)

\* Information fournie par les participants.

\*\* Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> (en anglais seulement) ou l'annexe D du rapport du projet pancanadien Chez Soi pour une définition d'itinérance absolue et de stabilité résidentielle précaire.

En moyenne, la période totale d'itinérance des participants était de 60 mois et les participants avaient vécu leur premier épisode d'itinérance à 30 ans.



Catégories des risques signalés par les participants

le sang, migraines et crises épileptiques) et de santé mentale (p. ex., dépression majeure, trouble panique et risque suicidaire élevé) ainsi que de présenter des profils négatifs de consommation de substances psychotropes, y compris l'initiation précoce à la consommation de drogue, la consommation quotidienne de drogues, la dépendance envers l'alcool et l'usage de drogues injectables. L'analyse statistique a démontré que la déclaration d'un trouble d'apprentissage durant l'enfance augmentait de façon indépendante la probabilité de décrocher avant l'école secondaire, de connaître une période totale d'itinérance supérieure à trois ans, d'avoir une maladie mentale moins grave et d'afficher une santé globale de mauvaise à passable [20].

## Consommation quotidienne de substances psychotropes

Bien que des études précédentes aient démontré l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les personnes itinérantes qui consomment activement des substances psychotropes [10,11], l'effet de la fréquence et de la gravité de la consommation sur cette efficacité n'est pas bien compris. Afin d'établir la relation entre la gravité de la consommation de drogues et les symptômes de santé mentale, nous classons la consommation de drogues dans deux catégories : consommation quotidienne de substances psychotropes et consommation occasionnelle [12.] Un peu plus des trois quarts des participants du projet Chez Soi de Vancouver (76 p. 100) ont indiqué qu'ils avaient consommé de l'alcool ou des drogues au cours

Tableau 3.3 Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé) – Vancouver\*

	ÉCHANTILLON N =497 %	BESOINS ÉLEVÉS N =297 %	BESOINS MODÉRÉS N =200 %
AMPLEUR DES BESOINS# (ÉTABLIE À LA SÉLECTION) Besoins élevés Besoins modérés	60 40	100 0	0 100
EXPÉRIENCES NÉGATIVES DURANT L'ENFANCE (QUESTIONNAIRE ACE) Score moyen (sur un total possible de 10)	3.9	3.8	4.0
DÉFICIT COGNITIF Aide à l'apprentissage à l'école Problème ou trouble d'apprentissage	45 37	43 38	48 37
DIAGNOSTIC À LA SÉLECTION Trouble psychotique Autre que le trouble psychotique Problèmes liés à la consommation de substances psychotropes	53 62 71	71 54 75	26 74 64
RISQUE DE SUICIDE À LA SÉLECTION Modéré ou élevé	34	31	37
FONCTIONNEMENT SOCIAL À LA SÉLECTION* (évaluation par les interviewers) Score moyen à l'échelle MCAS** (évaluation par les interviewers)	56 (33 - 79)	51 (33 - 62)	64 (42 - 79)
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE* (plus de six mois dans les cinq années précédentes)	12	16	5
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE* (au moins deux fois en un an dans les cinq années précédentes)	53	69	29
TROUBLES DE SANTÉ GRAVES Asthme Bronchite chronique ou emphysème Hépatite C Hépatite B VIH ou sida Épilepsie ou crises épileptiques Maladie cardiaque Diabète Cancer	21 18 30 5 9 14 7 6 4	17 17 28 5 6 17 6 6 5	27 19 31 6 12 9 8 6 2
TRAUMATISMES CRÂNIENS OU BLESSURES À LA TÊTE Au moins une perte de conscience	66	66	67
DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE (plus d'une arrestation, détention ou probation au cours des six mois précédents)	45	56	30
TYPES DE DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE Détention par la police Détention d'au plus 24 h dans une cellule Arrestation Comparution devant un tribunal Participation à un programme de justice	23 23 36 36 11	27 28 44 43 12	16 16 23 26 9
VICTIMISATION Vol ou menace de vol Menace d'agression Agression	36 48 36	36 48 35	37 49 37
ABSENCE DE SOUTIEN SOCIAL Absence d'ami intime	53	48	60

\* Information fournie par les participants sauf indication contraire.

# Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> pour la définition des catégories besoins élevés et besoins modérés (en anglais seulement).

% Échelle de l'habileté communautaire de Multnomah : Un score élevé indique un bon fonctionnement social. Un score de 62 ou moins indique une incapacité modérée à élevée ou un fonctionnement moyen à passable. Le questionnaire porte sur les habiletés de la vie quotidienne, la gestion de l'argent, l'adaptation à l'épreuve de la maladie et l'efficacité sociale.

¶ Il est probable que les psychoses et les hospitalisations connexes autodéclarées soient des sous-estimations en raison de la nature de la maladie.

du mois précédent. De ceux-ci, 29 p. 100 ont affirmé qu'ils consommaient quotidiennement des substances psychotropes. Ce pourcentage est considérablement plus élevé que celui observé lors d'interventions précédentes faisant intervenir le modèle Logement d'abord. Les substances psychotropes les plus couramment consommées par les participants qui consommaient tous les jours étaient la marijuana (49 p. 100), le crack (27 p. 100), l'alcool (18 p. 100), l'héroïne (15 p. 100) et les amphétamines (8 p. 100). Dans 78 p. 100 des cas, les participants qui consommaient quotidiennement des substances psychotropes indiquaient n'utiliser qu'une drogue, mais 22 p. 100 déclaraient prendre plusieurs types de drogues sur une base quotidienne. Les participants qui affirmaient consommer quotidiennement des substances psychotropes avaient une période totale d'itinérance plus longue, étaient plus à risque d'utiliser des drogues injectables et présentaient plus de symptômes de maladie mentale que les participants qui consommaient des drogues moins fréquemment ou qui s'abstenaient d'en consommer [4,12].

Étant donné la forte prévalence de la consommation de drogues illicites chez cette population itinérante, un programme qui ne reconnaît pas le rôle joué par cette consommation, ou qui n'en traite pas, risque de voir son efficacité limitée. Comme il a été prouvé que la consommation de drogues nuit à la stabilité résidentielle et augmente le risque de retomber dans l'itinérance, les pourvoyeurs du programme de logement doivent tenir compte de cette réalité lorsqu'ils offrent des services de soutien et de logement. En ce qui concerne les modèles de prestation de services qui n'exigent pas l'abstinence ou le traitement pour toxicomanie, comme le modèle Logement d'abord, il est crucial de reconnaître l'effet de la consommation de drogues sur la vie des personnes [7,8,12,21].

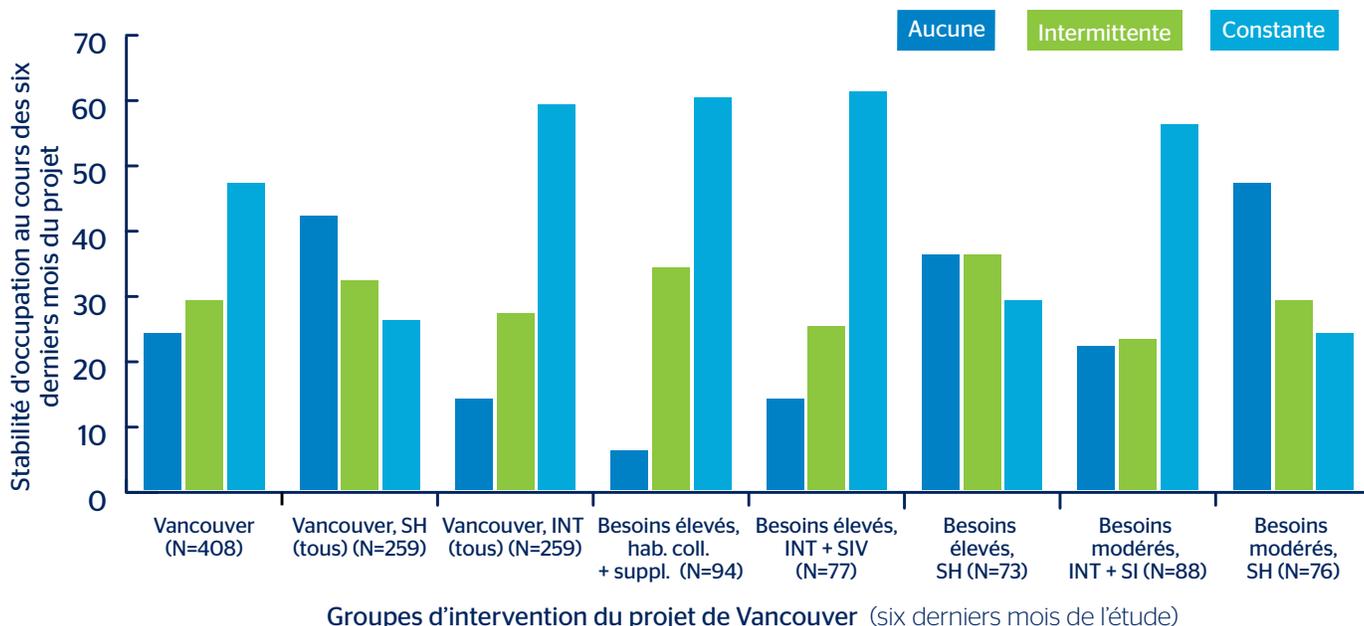
# CHAPITRE 4

## RÉSULTATS RELATIFS AU LOGEMENT

### Stabilité résidentielle

À l'échelle municipale comme à l'échelle nationale, l'étude visait principalement à mesurer les retombées du projet Chez Soi de Vancouver sur la stabilité d'occupation. Pour Vancouver, l'équipe de recherche intersites Chez Soi a conclu que les participants de tous les groupes d'intervention ont occupé un logement pendant une plus grande partie du temps que les participants des groupes témoins. Globalement, au cours des six derniers mois, les participants des groupes d'intervention ont occupé un logement de façon stable 59 p. 100 du temps, avec une stabilité intermittente 27 p. 100 du temps et sans aucune stabilité 14 p. 100 du temps. Quant à eux, les participants des groupes témoins ont occupé un logement de façon stable seulement 26 p. 100 du temps, avec une stabilité intermittente 32 p. 100 du temps et sans aucune stabilité 42 p. 100 du temps. Dans les groupes d'intervention, la stabilité d'occupation variait, comme le montre la Figure 6.1. Toutefois, une plus grande proportion des participants des groupes d'intervention (SIM, en habitat collectif et SIV) ont occupé un logement de façon stable que ceux des groupes témoins.

Figure 4.1 Temps d'occupation d'un logement de façon stable au cours des six derniers mois du projet Chez Soi - site de Vancouver



La perception objective de la qualité du logement a été évaluée chez un échantillon réduit de participants. Des observateurs formés ont visité la résidence des participants des groupes d'intervention et des groupes témoins afin d'évaluer la qualité de celle-ci au point de vue du quartier, de l'immeuble dans son ensemble et de l'unité en particulier. Ils ont remarqué que la qualité du logement (immeuble et unité) des participants des groupes d'intervention était nettement supérieure à celle du logement des participants des groupes témoins. Cette qualité était également plus uniforme (moins variable) en ce qui a trait aux résidences fournies aux participants des groupes d'intervention par rapport à celles que les participants des groupes témoins trouvaient d'eux-mêmes ou à l'aide d'autres services et programmes de logement quand ces participants occupaient un logement au moins deux mois pendant la période du projet.

Par ailleurs, l'équipe de Vancouver a réalisé des analyses qui examinaient la relation entre la stabilité résidentielle et la consommation de substances psychotropes. La prévalence de la consommation de substances psychotropes chez les personnes itinérantes oscille entre 29 et 75 p. 100. Il a été prouvé que cette consommation réduit considérablement la poursuite du traitement, augmente nettement la probabilité de rechute après le traitement et mène à une mortalité prématurée et à de plus longs épisodes d'itinérance [22]. De plus, les personnes qui se montrent critiques envers le modèle Logement d'abord ont mis en doute la viabilité de ce modèle chez les personnes qui sont en même temps itinérantes et toxicomanes puisque la plupart des recherches menées n'incluaient pas de participants composant avec ces deux réalités [23]. Comme la majorité des participants de l'échantillon de départ (58 p. 100) présentaient une dépendance envers les substances psychotropes, nous devons analyser la relation entre la stabilité d'occupation et la consommation de substances psychotropes. Aux fins de cette analyse, la stabilité d'occupation correspondait à la durée en jours pendant laquelle les participants ont occupé un logement de façon stable au cours des 12 mois précédents [22]. Après avoir tenu compte de variables comme l'intervention avec logement, l'emploi, les caractéristiques sociodémographiques, les problèmes de santé chronique, la gravité de la maladie mentale, les symptômes psychiatriques et la période totale d'itinérance, nous n'avons constaté aucun lien probant entre la dépendance envers les substances psychotropes et la stabilité d'occupation. Nous pouvons donc conclure que la maladie mentale combinée à la dépendance envers les substances psychotropes n'empêche pas les personnes de bénéficier d'une stabilité d'occupation avec le modèle Logement d'abord comparable à celle des personnes non atteintes de maladie mentale [22].

# CHAPITRE 5

## RÉSULTATS RELATIFS À L'UTILISATION DES SERVICES

Les répercussions sur l'utilisation des services de santé et de justice sont une conséquence indirecte du fait d'occuper un logement avec services partiels. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un objectif principal du projet Chez Soi, on espérait que les participants utilisent les services de façon plus adéquate s'ils bénéficiaient d'un logement assorti de services occupé de façon stable. En ce qui a trait à l'utilisation des services de santé, le modèle Logement d'abord peut aider les participants à choisir les services de première ligne (médecins de famille) plutôt que les soins de courte durée (urgence) pour combler leurs besoins en matière de soins de santé de première ligne. En plus d'assurer sécurité et protection, la stabilité résidentielle s'est révélée efficace par le passé pour réduire le nombre d'interactions avec le système de justice pénale. À cet effet, il est possible de s'attendre à une réduction du nombre d'interactions avec la police ou le système judiciaire chez les participants des groupes d'intervention. Dans la présente section, nous présentons les conclusions préliminaires liées à l'utilisation autodéclarée des services ainsi que des analyses publiées des données administratives relatives aux visites à l'urgence et aux infractions criminelles.

Au cours de la période observée, les participants des groupes d'intervention ont utilisé les services de consultation externe de façon croissante, alors que le phénomène inverse s'est produit chez ceux des groupes témoins.

### Tendances autodéclarées en matière d'utilisation des services

Nous avons observé les tendances en matière d'utilisation des services (visites à l'urgence, consultations externes, transports en ambulance, visites en centre de jour et recours aux banques alimentaires) au moment de l'entrevue initiale et tous les six mois par la suite pendant 24 mois (Figure 5.1). Bien qu'elles n'aient pas été soumises à des essais officiels pour vérifier leur signification statistique, des différences ont été relevées entre les groupes d'intervention et les groupes témoins en ce qui a trait au niveau d'utilisation moyen de ces différents services. Au moment du recrutement, les participants avaient visité l'urgence en moyenne 2,5 fois par personne au cours des six mois précédents. Globalement, les visites à l'urgence

Figure 5.1 Nombre moyen de visites à l'urgence autodéclarées depuis l'entrevue initiale jusqu'à 24 mois après le début du projet

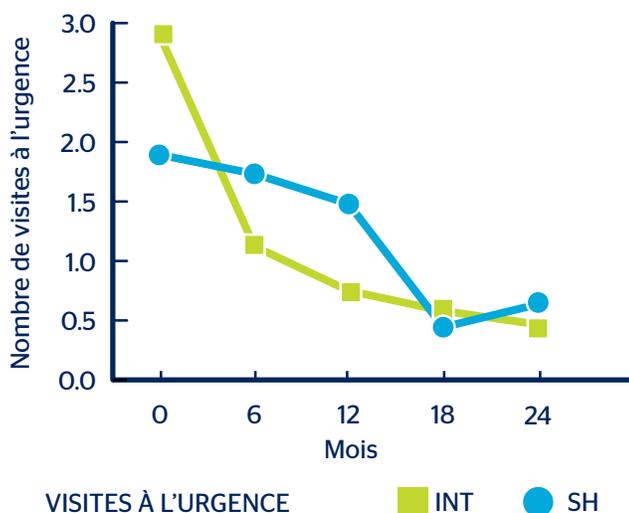
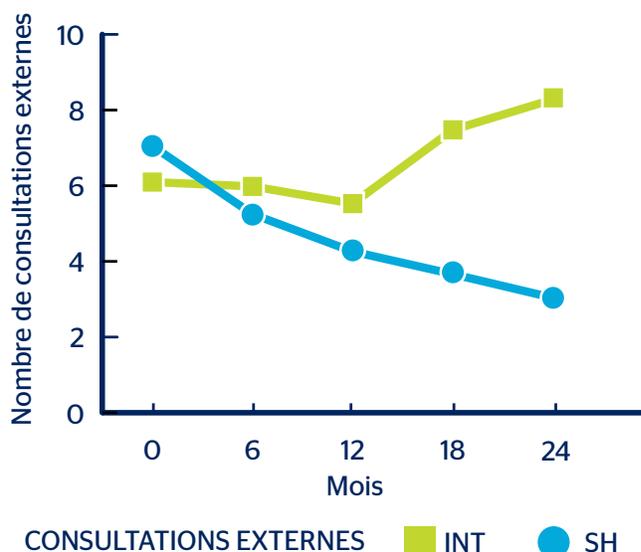


Figure 5.2 Nombre moyen de consultations externes autodéclarées depuis l'entrevue initiale jusqu'à 24 mois après le début du projet



semblent avoir diminué pendant la période du projet tant chez les groupes d'intervention que chez les groupes témoins.

Au cours de la période observée, les participants des groupes d'intervention ont utilisé les services de consultation externe de façon croissante, alors que le phénomène inverse s'est produit chez ceux des groupes témoins (Figure 5.2). Ces tendances donnent à penser que les participants des groupes d'intervention ont plus facilement accès aux soins de santé de première ligne et qu'ils utilisent ces services plutôt que les services de soins de courte durée. Puisque le volet soutien du modèle Logement d'abord vise à faciliter l'accès aux services de première ligne

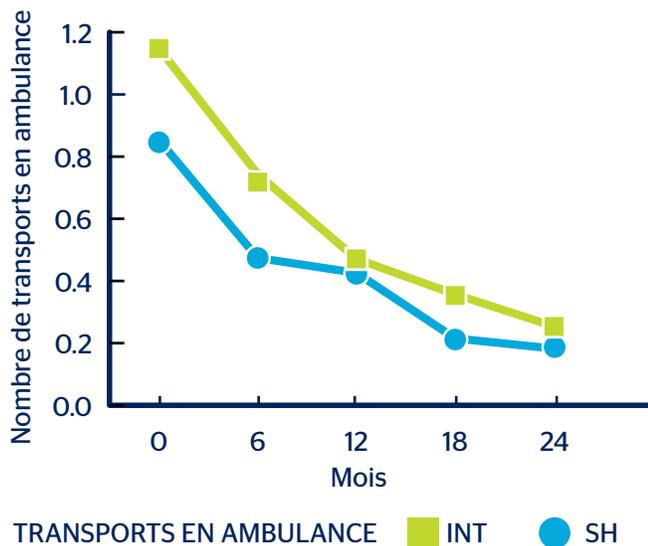


Figure 5.3 Moyenne des transports en ambulance entre le début de l'étude et le 24<sup>e</sup> mois.

par l'intervention d'intervenants de SIM ou de gestionnaires de cas offrant un SIV, on s'attend à observer une amélioration de l'accès à ces soins. La rareté des médecins de famille à Vancouver pourrait expliquer la tendance à la baisse dans l'utilisation des services de consultation externe par les participants des groupes témoins.

Bien que la plupart des participants des groupes d'intervention et des groupes témoins n'aient déclaré aucun transport en ambulance pendant la période de suivi du projet, durant l'étude, le nombre de transports en ambulance a grandement fluctué pour les deux types de groupes. Globalement, nous avons observé une tendance à la baisse du nombre moyen de transports en ambulance pendant le projet pour les groupes d'intervention et les groupes témoins (Figure 5.3).

Pendant le projet, nous avons également observé une tendance à la baisse du nombre de visites à un centre de jour, laquelle semble particulièrement marquée dans les groupes d'intervention (Figure 5.4). Étant donné les services de soutien offerts à ces participants, il était prévu que le nombre

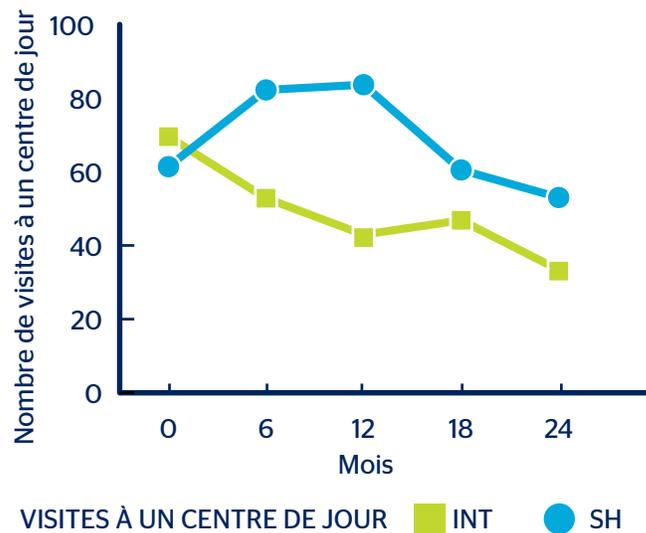


Figure 5.4 Moyenne des visites à un centre de jour entre le début de l'étude et le 24<sup>e</sup> mois.

de visites à un centre de jour diminue après l'assignation à un groupe d'intervention. De plus, la plupart des logements fournis dans le cadre du projet étaient situés hors du quartier Downtown Eastside où se trouvent la plupart des centres de jour.

Dans l'ensemble, le nombre de visites à une banque alimentaire semble avoir diminué dans les groupes d'intervention et les groupes témoins (Figure 5.5). Globalement, les participants des groupes d'intervention ont visité un peu plus souvent les banques alimentaires que ceux des groupes témoins. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes logées sont davantage en mesure de stocker des aliments et de préparer leurs repas que les personnes itinérantes. Comme les personnes itinérantes ne peuvent ni constituer de stocks de nourriture ni préparer leurs repas, elles fréquentent plus souvent les soupes populaires offertes par les organismes locaux. Il est aussi important de noter que les participants logés dans la résidence Hôtel Bosman bénéficiaient de repas préparés sur place. Par conséquent, contrairement aux participants logés dans des appartements dispersés, ils avaient moins besoin de fréquenter les banques alimentaires.

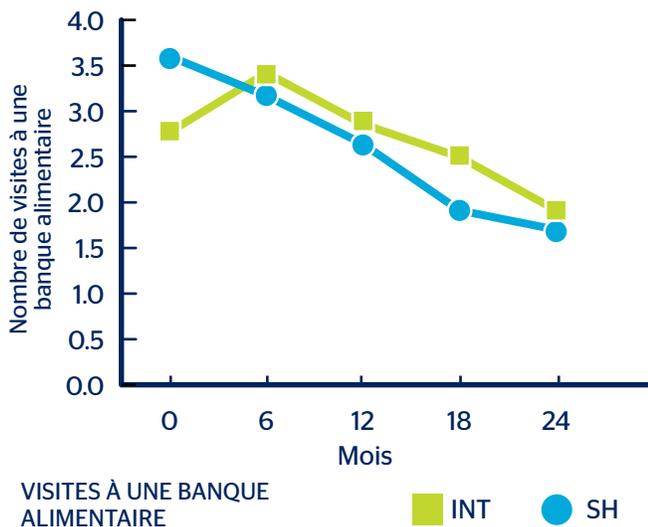


Figure 5.5 Moyenne des visites autodéclarées à une banque alimentaire entre le début de l'étude et le 24<sup>e</sup> mois.

## Visites à l'urgence

Des études précédentes ont montré que les adultes itinérants ayant des problèmes de santé mentale sont plus enclins à visiter l'urgence que les adultes qui occupent un logement de façon stable [24,25]. À ce titre, les données administratives sur les visites à l'urgence recueillies auprès des hôpitaux de la région de Vancouver ont été analysées pour déterminer si l'intervention avec logement offerte dans le cadre du projet Chez Soi de Vancouver réduirait ou non les visites à l'urgence par rapport aux groupes témoins. Pour ce qui est des participants aux besoins élevés, l'analyse montre que le nombre moyen de visites à l'urgence était de 4,8 visites par personne dans l'année précédant la participation au projet [26]. De plus, la majeure partie des problèmes présentés étaient d'ordre psychiatrique (32,8 p. 100), suivis de près par des problèmes généraux ou mineurs (19,8 p. 100). Après un an, les participants des groupes d'intervention avec SIM avaient grandement réduit le nombre des visites à l'urgence par rapport à ceux du groupe témoin. Ces résultats donnent à penser que le modèle Logement d'abord entraîne une réduction importante des visites à l'urgence chez les adultes itinérants atteints de maladie mentale, notamment quand ce modèle utilise un habitat dispersé [26].

Les résultats donnent à penser que le modèle Logement d'abord entraîne une réduction importante des visites à l'urgence chez les adultes itinérants atteints de maladie mentale, notamment quand ce modèle utilise un habitat dispersé.

## Modèle Logement d'abord et réduction des infractions

L'itinérance est couramment associée à la criminalité et au désordre public. Des indications précédentes laissent entendre que les personnes itinérantes risquent plus d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale que celles qui sont logées de façon stable. Bien que le modèle Logement d'abord soit lié à une stabilité résidentielle accrue, il existe peu de données relativement à l'effet de ce modèle sur le comportement criminel [3,5]. La majorité des participants du projet Chez Soi de Vancouver (67 p. 100) avaient eu des démêlés avec le système de justice pénale, avec un nombre moyen de 8,7 condamnations par personne au cours de la décennie précédant le recrutement [6]. Les crimes contre les biens (nombre moyen de 4,09) étaient les infractions les plus courantes. Après le début du projet, le nombre de condamnations dans les groupes d'intervention en habitat dispersé a grandement chuté comparativement aux groupes témoins. Quant aux participants en habitat collectif, la réduction du nombre de condamnations par rapport aux groupes témoins était légèrement significative. Ces résultats donnent à penser que le modèle Logement d'abord réduit efficacement la criminalité et qu'il importe de poursuivre la recherche et d'accentuer la mise en œuvre de programmes misant sur ce modèle [6].

Après le début du projet, le nombre de condamnations dans les groupes d'intervention en habitat dispersé a grandement chuté comparativement aux groupes témoins.

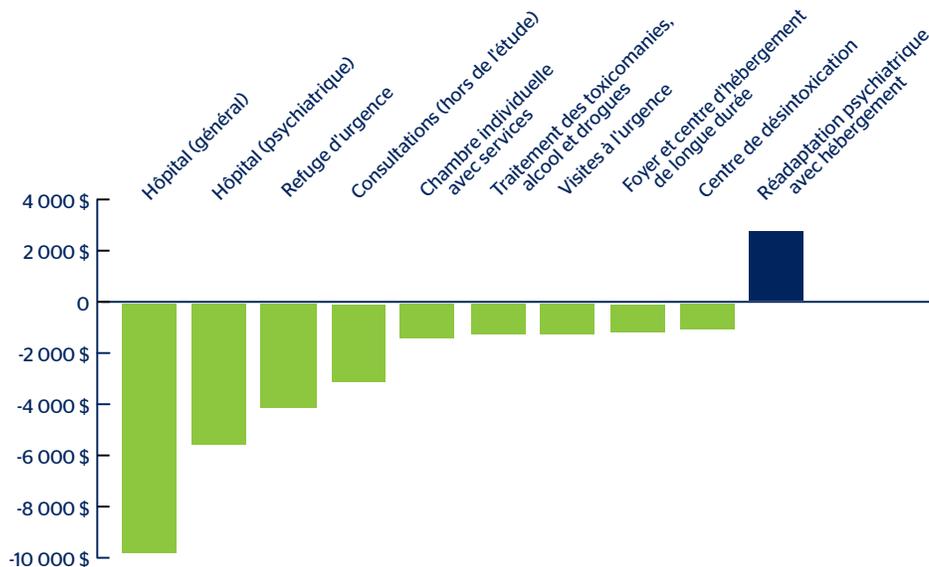
## Conclusions sur la validation

Peu importe le projet, une des tâches de recherche importantes consiste à examiner le degré de similitude des données provenant de différentes sources et à évaluer les répercussions des biais potentiels. Nous avons comparé les données administratives et les données autodéclarées et avons observé que les deux sources de données fournissaient dans l'ensemble de l'information identique quant aux nombres de visites à l'urgence et de transports en ambulance. L'inexactitude du souvenir est également un motif de préoccupation pendant une étude longitudinale puisque les participants des groupes d'intervention peuvent se rappeler l'information et des expériences de façon différente des participants des groupes témoins. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons comparé le nombre des visites à l'urgence et des transports en ambulance autodéclarés et les données administratives. Nous avons constaté qu'il n'y avait aucune différence significative sur le plan du souvenir entre les groupes d'intervention et les groupes témoins. De plus, nous avons vérifié la correspondance entre les données autodéclarées et les données administratives au sein des groupes du projet et avons une fois de plus relevé qu'il n'y avait dans l'ensemble aucune différence significative entre les participants aux besoins élevés et aux besoins modérés et ceux des groupes témoins.

# CHAPITRE 6

## RÉSULTATS RELATIFS AUX COÛTS<sup>11</sup>

Principales économies et hausses de coûts chez les usagers aux besoins élevés



L'incidence économique des programmes accordant la priorité au logement du projet Chez Soi de Vancouver a été évaluée en tenant compte de la presque totalité des coûts des ressources consacrées par la société aux personnes itinérantes. L'intervention en habitat dispersé coûte en moyenne annuellement 28 282 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 15 952 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel de première ligne et de leurs superviseurs, les autres dépenses du projet comme les déplacements, les loyers, les services publics, etc., ainsi que les suppléments au loyer fournis par la subvention de la Commission de la santé mentale du Canada. L'intervention pour les participants qui ont des besoins élevés est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours de la période de suivi de deux ans, nous avons comparé les coûts des services offerts aux participants des groupes d'intervention et ceux offerts aux participants des groupes témoins. Nous avons constaté que le fait de recevoir des services dans le cadre du projet a permis de réduire en

moyenne les coûts des services aux participants qui ont des besoins élevés de 24 190 dollars par personne par année. Toutefois, dans le cas des participants qui ont des besoins modérés, nous avons noté une augmentation globale de 2 667 dollars. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 8,55 dollars chez les participants qui ont des besoins élevés. Chez les participants qui ont des besoins modérés, l'intervention n'a généré aucune économie lorsque les différences entre les groupes au début du projet sont prises en compte. Chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a entraîné une augmentation des coûts de 1,67 dollar. Ces différences s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Pour les participants aux besoins élevés, nous avons principalement observé une réduction des coûts pour les hospitalisations dans une unité de soins d'hôpitaux généraux (9 740 dollars par personne par année), les hospitalisations en milieu psychiatrique (5 487 dollars par personne par année), les

séjours d'une nuit dans les refuges d'urgence (4 066 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé de la communauté ou chez d'autres pourvoyeurs locaux (3 016 dollars par personne par année), l'occupation de chambres individuelles avec services (1 331 dollars par personne par année), les visites à l'urgence (1 183 dollars par personne par année), le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 172 dollars par personne par année), les séjours en centre de désintoxication (1 059 dollars par personne par année) et les séjours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (1 007 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des séjours dans le cadre d'un programme en établissement pour la réadaptation psychiatrique (2 920 dollars par personne par année). Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les visites aux centres de jour (1 910 dollars par personne par année), l'occupation de chambres individuelles avec services (1 376 dollars par personne par année), les séjours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (1 100 dollars par personne par année) et les visites à l'urgence (1 025 dollars par personne par année). Parallèlement, plusieurs coûts se sont accrus considérablement : consultations dans les centres de santé de la communauté ou chez d'autres pourvoyeurs locaux (4 531 dollars par personne par année), incarcération en pénitencier ou en prison (2 234 dollars par personne par année) et hospitalisations dans une unité de soins d'hôpitaux généraux (1 862 dollars par personne par année). Les autres réductions et augmentations étaient inférieures à 1 000 dollars par personne par année.

<sup>11</sup> Analyse et interprétation fournies par l'équipe de recherche de Chez Soi de Montréal.

# CHAPITRE 7

## RÉSULTATS RELATIFS À LA SANTÉ ET À LA SOCIÉTÉ

### Qualité de vie

La qualité de vie de tous les groupes a été évaluée au moment de l'entrevue initiale et tous les six mois par la suite. La relation entre la qualité de vie autodéclarée au moment de l'entrevue initiale, à six mois et à 12 mois a été examinée pour chacune des catégories de besoins. Cet examen a permis de constater que la qualité de vie des participants assignés aléatoirement à un groupe d'intervention (avec SIM, en habitat collectif ou avec SIV) s'était grandement améliorée dans le temps par rapport à celle des participants des groupes témoins, peu importe le type d'intervention [9,27]. Comparativement aux groupes témoins, les résultats des sous-sections sur la sécurité et les conditions de vie du questionnaire sur la qualité de vie étaient nettement supérieurs pour les groupes d'intervention aux intervalles de six mois et de 12 mois. Malgré le grand nombre de difficultés qui ont continué de se manifester après l'accès à un logement pour les personnes atteintes de maladie mentale et d'autres problèmes complexes, la qualité de vie des participants des groupes d'intervention logés en habitat dispersé ou en habitat collectif s'est considérablement améliorée par rapport aux participants des groupes témoins [9,27].

Outre les analyses publiées indiquées ci-dessus, l'équipe de recherche du projet pancanadien Chez Soi a réalisé des analyses sur la qualité de vie qui examinaient des comparaisons entre les groupes d'intervention et les groupes témoins au moment de l'entrevue à 24 mois et les différences moyennes entre les groupes pendant la durée du projet. Ces analyses confirment les améliorations notées pendant la première année du projet Chez Soi de Vancouver et montrent, dans l'ensemble, une amélioration moyenne des scores sur la qualité de vie de 5,39 unités ( $p=0,002$ ) pour les participants des groupes d'intervention par rapport à ceux des groupes témoins (Figure 7.1). Cette amélioration s'applique également aux participants des groupes d'intervention avec SIM (5,89 [ $p=0,03$ ]), avec SIV (4,95 [ $p=0,04$ ]) et en habitat collectif (7,11 [ $p=0,01$ ]) comparativement aux participants des groupes témoins.

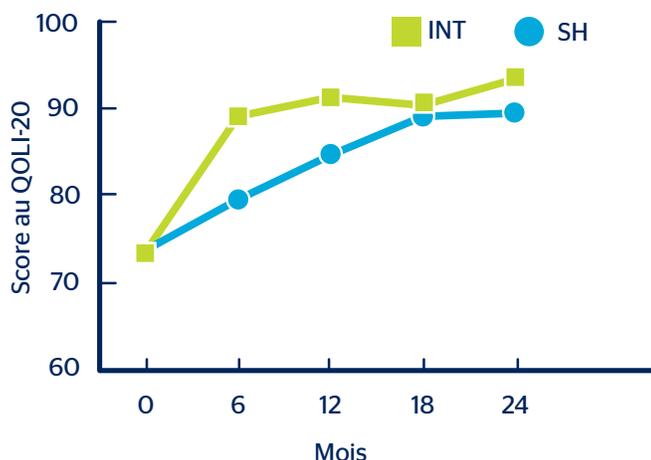


Figure 7.1 Différences moyennes entre les groupes d'intervention et les groupes témoins relativement à la qualité de vie des participants du projet Chez Soi de Vancouver pendant toute la durée du projet

### Fonctionnement social

Dans l'ensemble, au cours du projet, les participants des groupes d'intervention ont également montré une amélioration du fonctionnement social noté par l'intervieweur. Le fonctionnement social a été évalué à plusieurs égards au moyen de l'échelle de l'habileté communautaire de Multnomah (MCAS). L'échelle MCAS est un outil d'évaluation normalisé qui accorde une note à divers domaines du fonctionnement social y compris les relations sociales, les activités de la vie quotidienne, la santé mentale et la santé physique. Les participants des groupes d'intervention ont systématiquement obtenu des notes plus élevées pendant la période du projet. Nous avons analysé les comparaisons entre les groupes d'intervention et les groupes témoins au dernier point dans le temps (entrevue à 24 mois) et les différences moyennes entre les groupes pendant la durée du projet. Globalement, le fonctionnement social des participants des groupes d'intervention s'est grandement amélioré 24 mois après le début du projet (3,17 [ $p=0,001$ ]) et pendant la durée du projet où la différence après entrevue initiale moyenne en matière d'amélioration du fonctionnement social a été de 2,89 unités ( $p<0,001$ ) pour les participants des groupes d'intervention par rapport à ceux des groupes témoins (Figure 7.2). Bien que ces différences ne soient pas grandes, parce que les groupes témoins avaient également accès à un large éventail de services existants, elles représentent un avantage supplémentaire conféré par le modèle Logement d'abord par rapport aux services habituels.

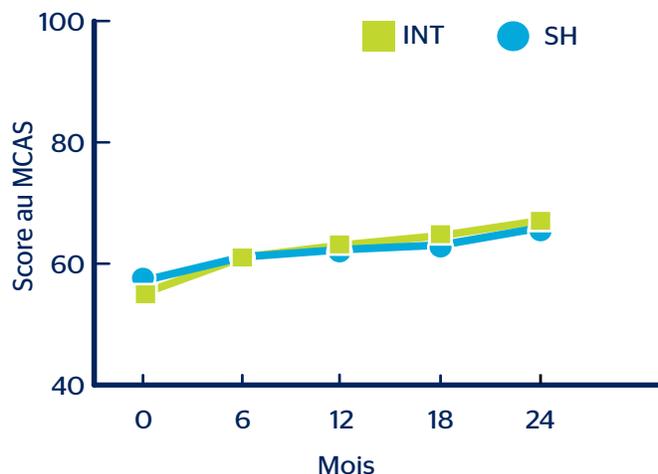


Figure 7.2 Différences moyennes entre les groupes d'intervention et les groupes témoins relativement au fonctionnement social des participants du projet Chez Soi de Vancouver pendant toute la durée du projet

# CHAPITRE 8

## CONCLUSIONS QUALITATIVES

Les données qualitatives peuvent rehausser les données quantitatives en fournissant des renseignements contextuels utiles. Un mois après le début du projet, nous avons convié un échantillon représentatif de participants à une entrevue portant sur leur expérience personnelle. La participation était facultative et deux des 54 participants conviés ont refusé l'invitation. Des 52 participants qui ont accordé cette entrevue un mois après leur recrutement, 43 ont été conviés à une seconde entrevue 18 mois plus tard. Les raisons qui ont empêché le suivi pour la seconde entrevue étaient le décès (un), le refus (un), la détention (deux), le déménagement hors de la ville (un) et l'incapacité à localiser le participant (quatre). Les entrevues initiales (n=52) ont été réalisées auprès de 32 participants des groupes d'intervention et de 20 participants des groupes témoins. Les entrevues de suivi (n=43) ont été menées auprès de 28 participants des groupes d'intervention et de 15 participants des groupes témoins [28].

### Importance des méthodes mixtes

Le caractère narratif de l'entrevue sur l'expérience personnelle offre une occasion unique de comprendre le contexte, le sens et la signification personnelle relativement à différents résultats. Les récits personnels facilitent également l'analyse des trajectoires dans le temps et des répercussions d'événements négatifs cumulés y compris diverses expériences défavorables durant l'enfance et l'adolescence (p. ex., pauvreté, abus, violence familiale, etc.) [15-17,29]. Il est possible de situer l'itinérance, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes et d'autres résultats néfastes pour la santé et la société sur des lignes du temps établies à la suite de l'analyse des récits personnels. Ces lignes du temps peuvent être utilisées conjointement avec d'autres types d'analyses qualitatives et quantitatives afin de mieux comprendre les différents résultats. L'analyse des récits personnels initiaux a mis en lumière les thèmes suivants : dépréciation sociale, piège de l'itinérance et absence d'autonomie [29]. L'itinérance peut limiter le contact avec la société en général, ce qui restreint l'expérience citoyenne de ces personnes et les empêche de faire valoir leurs droits. De plus, en étant conscientes de leur exclusion et de leur rang peu élevé dans la hiérarchie sociale, elles ressentent honte et indignation et opposent une résistance [29].

### Trajectoires de rétablissement

Grâce aux données narratives recueillies dans le temps, nous avons été en mesure d'examiner les trajectoires de rétablissement pendant le projet. Nous avons cerné des trajectoires positives, négatives, mitigées et neutres relevant de diverses catégories. Nous avons également évalué le changement dans le temps. Nous nous attendions à ce que les participants des groupes d'intervention décrivent des trajectoires de rétablissement plus positives que celles des participants des groupes témoins [2,28]. Des 43 participants qui ont pris part aux entrevues sur l'expérience personnelle initiales et de suivi à 18 mois, les participants des groupes d'intervention (n=28) étaient plus susceptibles que les autres d'être classés parmi les participants affichant une trajectoire positive ou mitigée. Les trajectoires positives donnaient lieu à des résultats positifs associés à un logement de qualité occupé de façon stable, à une actualisation de soi positive, à une réduction de la consommation de substances psychotropes et à l'amélioration du soutien social. Les participants des groupes témoins étaient généralement classés parmi ceux ayant une trajectoire neutre ou négative caractérisée par le désespoir, des difficultés récurrentes liées à l'expulsion, à la consommation de substances psychotropes ou à des démêlés avec le système judiciaire ainsi que des sentiments d'échec et d'absence de repères. Dans ces analyses publiées par l'équipe de Vancouver, le modèle Logement d'abord est associé à des trajectoires de rétablissement positives [18,28].

### Fin de l'itinérance

Dans le cadre de notre analyse qualitative, nous avons examiné le processus menant à la fin de l'itinérance en utilisant le même échantillon que celui décrit ci-dessus. Nous avons analysé les récits personnels pour évaluer la nature des changements, des obstacles et des facteurs facilitants perçus qui ont aidé ou nui au processus menant à la fin de l'itinérance [18,30]. La plupart des participants des groupes d'intervention ont déclaré des changements positifs à de nombreux égards, changements qu'ils attribuent au fait d'avoir un logement à occupation stable. Les principaux thèmes qui sont ressortis de ces récits sont le plus grand sentiment de sécurité et d'appartenance, la confiance, les relations avec la famille et l'optimisme devant l'avenir. La stabilité d'occupation et le sentiment de sécurité et de fierté qui en découlent ont été les facteurs dominants qui ont favorisé le changement. Bien que dans l'ensemble les participants des groupes d'intervention en soient sortis grandis, plusieurs ont indiqué qu'ils avaient eu du mal à s'adapter à leur nouveau mode de vie et aux responsabilités associées au fait d'avoir un logement et de le conserver [2,30]. Les obstacles qui nuisent au processus menant à la fin de l'itinérance incluent les effets cumulatifs de traumatismes passés et une consommation continue de substances psychotropes. Globalement, les participants des groupes témoins ont connu très peu de changements dans le temps. Rares sont ceux qui ont réussi à mettre fin à leur période d'itinérance pendant la période de 18 mois entre les entrevues sur l'expérience personnelle [19,30].

La stabilité d'occupation et le sentiment de sécurité et de fierté qui en découle ont été les facteurs dominants qui ont favorisé le changement.

# CHAPITRE 9

## INCIDENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Dans la présente section, nous intégrons les principales conclusions des analyses publiées décrites précédemment et abordons la pertinence de ces conclusions dans le contexte du projet Chez Soi de Vancouver en vue d'orienter les politiques publiques et les pratiques. Les résultats du projet Chez Soi de Vancouver ont une incidence réelle sur la génération de connaissances, la planification des politiques publiques et la prestation des services.

### Faisabilité du modèle Logement d'abord à Vancouver

Avant le projet Chez Soi, il était impossible de vérifier la faisabilité d'un modèle de type Logement d'abord à Vancouver. Pour sa mise en place, le projet Chez Soi de Vancouver exigeait la consultation et la coordination de nombreux partenaires de secteurs divers qui se sont investis à fond. Parmi ceux-ci figuraient des pourvoyeurs de services, des personnes ayant un savoir expérientiel, des fonctionnaires municipaux et provinciaux, des chercheurs et des membres de la communauté. Comme aucun service SIM ou SIV n'était offert, il était nécessaire de créer de nouveaux modèles d'intervention qui exigeaient notamment la sélection d'organismes aptes à gérer les équipes de SIM et de SIV, l'embauche et la formation des intervenants ainsi que la familiarisation avec les principes du modèle Logement d'abord. Les membres des équipes de recherche, de prestation de services et du logement ont travaillé ensemble pour aider les participants pendant le projet, en faire le suivi et s'assurer que leurs besoins étaient satisfaits. Malgré les défis que présente la mise en place de nouvelles mesures de soutien, un faible taux d'occupation et un parc restreint de logements locatifs abordables, nous avons constaté que le modèle Logement d'abord peut être efficacement mis en place à Vancouver.

### Recrutement et maintien des participants

Le projet Chez Soi de Vancouver faisait figure de précurseur, car il était le premier à étudier l'itinérance et la maladie mentale de manière prospective à Vancouver. Par conséquent, la faisabilité de recruter et de maintenir des participants restait à prouver. Par le passé, l'itinérance à Vancouver avait été décrite comme présentant une forte prévalence concomitante de dépendance envers les substances psychotropes et de maladie mentale. Toutefois, la véritable prévalence de ces conditions était inconnue et aucune étude précédente n'avait suivi un groupe de participants en situation d'itinérance atteints de maladie mentale, avec ou sans phénomène concomitant de dépendance envers les substances psychotropes. Nous avons recruté 497 participants qui répondaient aux critères d'admissibilité et avons maintenu un taux élevé de suivi durant les 24 mois qu'a duré le projet [2].

### Conclusions sur l'échantillon au début du projet Chez Soi de Vancouver

Des analyses fondées sur l'information recueillie au moment de l'entrevue initiale permettent de dresser le portrait de l'échantillon du projet Chez Soi de Vancouver. Comme prévu, le fardeau de la maladie chez les participants était très lourd. Le trouble psychotique était la maladie mentale la plus courante et plus de la moitié des participants avaient au moins deux maladies mentales au moment du recrutement. Plus de 80 p. 100 des participants ont déclaré être actuellement aux prises avec au moins deux maladies physiques. Les antécédents de bon nombre de participants révélaient des troubles d'apprentissage, des traumatismes crâniens et des événements négatifs graves survenus durant l'enfance. De plus, 58 p. 100 des participants satisfaisaient les critères de dépendance envers les substances psychotropes au moment du recrutement. La période totale d'itinérance médiane était très élevée, soit trois années cumulatives au moment du recrutement. En plus d'être aggravée par la forte prévalence de maladies mentales et physiques graves et des antécédents de traumatisme, cette longue période totale d'itinérance indique que nous avons réussi à recruter des participants qui non seulement satisfont les critères de sélection du projet mais qui comptent aussi parmi les personnes jugées les plus « difficiles à loger ».

Chacune des analyses portant spécifiquement sur l'utilisation des services de santé, sur les difficultés d'apprentissage durant l'enfance et sur la durée de l'itinérance visait à comprendre les facteurs ayant mené à une itinérance prématurée ou exacerbée avant la participation au projet. L'analyse des déclarations des participants quant à l'utilisation des services de santé avant le projet concluait que les participants atteints de maladies mentales objectivement plus graves (trouble psychotique, trouble bipolaire) utilisaient nettement moins les services de santé que les participants atteints de maladies mentales moins graves (dépression, trouble panique, stress post-traumatique) [19,20]. Cette conclusion semble révéler une lacune dans les services de santé actuels, c'est-à-dire que les personnes qui présentent les besoins en santé mentale les plus complexes ont moins accès à ces services. D'autres résultats ont confirmé que les difficultés d'apprentissage durant l'enfance sont associées à un éventail de dénouements négatifs plus tard dans la vie tels que le décrochage avant la fin des études

Nous avons recruté 497 participants qui répondaient aux critères d'admissibilité et avons maintenu un taux élevé de suivi durant les 24 mois qu'a duré le projet.

## Les conclusions du projet témoignent de la nécessité d'intervenir plus rapidement et d'offrir des services qui traitent à la fois la consommation de substances psychotropes et la maladie mentale.

secondaires, la consommation de substances psychotropes à un jeune âge, la consommation quotidienne de substances psychotropes, une mauvaise santé en général et une longue période totale d'itinérance. Ces conclusions démontrent que, dès leur plus jeune âge, les participants ont été confrontés à des difficultés particulières. Elles illustrent aussi les occasions manquées de les aider et de les replacer sur des trajectoires qui ne mènent pas à l'itinérance et à l'utilisation de services de soins de courte durée et d'urgence [20].

L'analyse des données recueillies au moment de l'entrevue initiale met également en évidence des liens importants entre un parcours de vie jalonné d'événements négatifs, la consommation quotidienne de substances psychotropes ainsi que l'itinérance prolongée et l'itinérance chronique [20]. À l'instar d'autres recherches, nous avons constaté que la consommation de drogues illicites et un premier épisode d'itinérance à un jeune âge sont des facteurs de prédiction importants de l'itinérance prolongée et de l'itinérance chronique chez les personnes atteintes de maladie mentale. Cette constatation témoigne de la nécessité d'intervenir plus rapidement et d'offrir des services qui traitent à la fois la consommation de substances psychotropes et la maladie mentale. Les participants qui affirmaient consommer quotidiennement des substances psychotropes avaient une période totale d'itinérance plus longue, étaient plus à risque d'utiliser des drogues injectables et présentaient plus de symptômes de maladie mentale que ceux qui consommaient des drogues moins fréquemment ou qui s'abstenaient d'en consommer [12]. Ces résultats soulignent l'importance et l'utilité d'une approche fondée sur les parcours de vie lorsqu'il est question de traiter les problèmes liés à l'itinérance et à la maladie mentale. Les récits personnels des participants ont levé le voile sur des problèmes de longue date qui avaient été décelés par le personnel en milieu scolaire, les aidants et les professionnels de la santé. Toutefois, peu ou rien n'a été fait pour les traiter, ce qui a eu pour effet d'aggraver progressivement les conditions sociales, financières et

sanitaires des participants au point où ils sont devenus itinérants de façon chronique et qu'ils ont été confrontés à une itinérance chronique à long terme ou à un rétablissement long et difficile.

## Résultats pendant la période du projet

Nous avons également comparé les changements dans les parcours de vie des participants et les résultats obtenus pendant la période du projet. Nous avons analysé les résultats liés aux visites à l'urgence, aux démêlés avec le système judiciaire, à la stabilité résidentielle, aux trajectoires vers le début et vers la fin de l'itinérance, au fonctionnement social et à la qualité de vie. À tous ces égards, les résultats des groupes d'intervention ont été largement supérieurs à ceux des groupes témoins. En matière d'utilisation des services publics, nous avons examiné l'effet du modèle Logement d'abord sur le nombre de visites à l'urgence et sur celui des condamnations criminelles. Ces analyses fondées sur les données administratives provinciales ciblaient particulièrement les participants aux besoins élevés. Elles ont confirmé une réduction importante des visites à l'urgence et des condamnations criminelles après au moins un an pour les participants des groupes d'intervention par rapport aux participants des groupes [26]. D'ailleurs, les participants aux besoins élevés avec SIM avaient grandement réduit leurs visites à l'urgence tandis que les participants en habitat collectif n'avaient pas modifié leur comportement à cet égard. Par contre, les participants du groupe témoin aux besoins élevés avaient visité l'urgence beaucoup plus fréquemment. En ce qui a trait aux condamnations, leur nombre était nettement moins élevé chez les participants aux besoins élevés avec SIM. Quant aux participants en habitat collectif, la réduction du nombre de condamnations n'avait été que légèrement significative après un an par rapport aux participants du groupe témoin aux besoins élevés [6]. Ces conclusions confirment les importantes retombées du modèle Logement d'abord sur l'utilisation des services publics et l'incidence notable qu'il a sur la santé, la société et l'économie.

Nous avons également examiné la stabilité d'occupation en portant une attention particulière au lien entre la consommation de substances psychotropes et la réalisation de la stabilité d'occupation grâce au modèle Logement d'abord. Des études précédentes ont remis en question la pertinence d'extrapoler des conclusions relatives au modèle Logement d'abord pour les personnes aux prises avec des maladies concomitantes liées à la consommation de substances psychotropes sans faire de comparaisons explicites [22,23]. Nous avons constaté après un an que la stabilité d'occupation était relativement la même pour les participants logés, qu'ils soient aux prises ou non avec des maladies liées à la consommation de substances psychotropes [22,23]. Ce résultat permet de conclure que le modèle Logement d'abord peut être efficace pour les personnes atteintes de maladie mentale, peu importe si elles consomment des substances psychotropes ou non.

L'adaptation à la nouvelle réalité que présente la stabilité résidentielle a certes posé un défi dans les groupes d'intervention et plusieurs participants ont eu de la difficulté à s'accommoder à la sédentarité et aux responsabilités associées au maintien d'un logement. Les participants ont cependant reconnu que l'accès à un logement sécuritaire occupé de façon stable avait eu des répercussions extrêmement positives et qu'il avait joué un rôle crucial dans le processus de rétablissement.

Nous avons observé une amélioration non négligeable de la qualité de vie de tous les participants des groupes d'intervention comparativement à celle des participants des groupes témoins. Nos conclusions sont étayées par des analyses quantitatives et qualitatives. Alors que le score sur la qualité de vie des participants logés s'était grandement amélioré par rapport au score obtenu au moment de l'entrevue initiale, celui des participants des groupes témoins n'avait que légèrement fluctué [22,27]. L'analyse des récits personnels a montré que les participants des groupes d'intervention étaient plus susceptibles de déclarer une trajectoire positive ou mitigée au cours des 18 premiers mois du projet. Quant aux participants des groupes témoins, pour la même période, ils ont signalé être sur une trajectoire plutôt neutre ou négative [22,28]. Les trajectoires positives des participants logés étaient caractérisées par une réduction de la consommation de substances psychotropes, une actualisation de soi positive, une amélioration du soutien social et un optimisme par

rapport à l'avenir. Les trajectoires des groupes témoins avaient pour particularités la continuité des démêlés avec le système judiciaire et de la consommation de substances psychotropes, l'instabilité d'occupation et diverses autres difficultés. L'adaptation à la nouvelle réalité que présente la stabilité résidentielle a certes posé un défi dans les groupes d'intervention et plusieurs participants ont eu de la difficulté à s'accommoder à la sédentarité et aux responsabilités associées au maintien d'un logement. Les participants ont cependant reconnu que l'accès à un logement sécuritaire occupé de façon stable avait eu des répercussions extrêmement positives et qu'il avait joué un rôle crucial dans le processus de rétablissement [30]. De nombreux participants ont déménagé une ou deux fois avant de trouver un logement qui leur convenait bien. Les programmes fondés sur le modèle Logement d'abord ne peuvent donc connaître de succès que s'ils réussissent à bien coordonner ces déménagements et à répondre aux besoins toujours changeants des participants.

Par le passé, les projets qui tentaient de loger des personnes en situation d'itinérance ou atteintes de maladie mentale dans des quartiers autres que le Downtown Eastside avaient suscité de l'opposition et suscité des réactions de type « pas dans ma cour ». Ce ne fut pas le cas pour le projet Chez Soi de Vancouver ni pour ses participants, qui se sont bien intégrés à divers quartiers de la ville.

## Conclusions

À Vancouver, le modèle Logement d'abord s'est révélé une intervention viable chez les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. Le projet Chez Soi de Vancouver a démontré que ce modèle a des effets bénéfiques quantifiables sur le nombre de visites à l'urgence et de condamnations criminelles. Ce modèle est aussi susceptible d'avoir des répercussions sur la santé et la qualité de vie des participants. Enfin, son incidence socioéconomique va bien au-delà de l'individu. D'autres résultats publiés ou non publiés par l'équipe du projet à Vancouver confirment une amélioration significative de la qualité de vie, de la stabilité résidentielle et du fonctionnement social des participants logés par rapport à ceux ayant reçu les services habituels. La perception du public à l'égard du projet Chez Soi de Vancouver a toujours été très positive. Par le passé, les projets qui tentaient de loger des personnes en situation d'itinérance ou atteintes de maladie mentale dans des quartiers autres que le Downtown Eastside avaient suscité de l'opposition et suscité des réactions de type « pas dans ma cour ». Ce ne fut pas le cas pour le projet Chez Soi de Vancouver ni pour ses participants, qui se sont bien intégrés à divers quartiers de la ville. De plus, les médias ont non seulement assuré une grande visibilité au projet Chez Soi de Vancouver et à ses résultats, mais ils l'ont aussi dépeint de façon très positive.

En résumé, le projet Chez Soi de Vancouver comble une lacune importante dans les données de recherche sur le logement et les services pour les personnes vulnérables, lesquelles sont de plus en plus nombreuses. Bien que les organismes et les établissements offrant des services aient eu du mal à surmonter leurs différences en matière de culture organisationnelle, de mandat et de façon de travailler, le projet Chez Soi de Vancouver a encouragé les partenaires de tous les milieux à travailler de concert en vue d'établir un cadre commun. Il est primordial de développer une philosophie fondée sur le partage du leadership par des équipes très performantes, pour transcender les barrières organisationnelles non seulement afin d'assurer le succès du projet, mais également pour acquérir, à l'échelle nationale, le savoir nécessaire en vue de fournir des services efficaces de logement et socio-sanitaires aux personnes dans le besoin. Le projet Chez Soi de Vancouver a joué un rôle important dans la refonte des services en cours à Vancouver et en Colombie-Britannique. Les chercheurs de ce projet ont été invités à participer à certains projets gouvernementaux conçus pour améliorer les services offerts aux personnes itinérantes atteintes de maladie mentale, y compris le groupe de travail sur la santé mentale et l'itinérance récemment formé par le maire de Vancouver ainsi que divers projets de planification des services de la province. Le suivi des participants sera assuré jusqu'en 2015 au moins grâce au soutien de la régie régionale de santé Vancouver Coastal Health et de la Commission de la santé mentale du Canada. Il ne fait aucun doute que les résultats à venir pourront servir dans l'application des pratiques pour le bien des personnes vulnérables.

Le projet Chez Soi de Vancouver comble une lacune importante dans les données de recherche sur le logement et les services pour les personnes vulnérables, lesquelles sont de plus en plus nombreuses.

# RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et coll. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open* 2011;1:e000323-3.
- <sup>2</sup> Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A, Currie L, Rezanoff SN, Palepu A, et coll. Vancouver At Home: pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. *Trials* 2013;14:365.
- <sup>3</sup> Skeem J.L.J., Manchak S.S., Peterson J.K.J. Correctional policy for offenders with mental illness: creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior* 2011;35:110-26.
- <sup>4</sup> Boyd N, Campbell L, Culburt L. *A Thousand Dreams: Vancouver's Downtown Eastside and the Fight for Its Future*. Vancouver. Greystone Books. 2009.
- <sup>5</sup> Fisher W.H., Drake R.E. Forensic mental illness and other policy misadventures. Commentary on "extending assertive community treatment to criminal justice settings: origins, current evidence, and future directions". *Community Mental Health Journal* 2007;43:545-8.
- <sup>6</sup> Somers J.M., Rezanoff S., Moniruzzaman A., Palepu A., Patterson M. Housing First Reduces Re-offending among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 2013;8:e72946.
- <sup>7</sup> Acorn S. Emergency Shelters in Vancouver, Canada. *Journal of Community Health* 1993;18:283-91.
- <sup>8</sup> Wood E., Kerr T., Spittal P.M. The health care and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: The impact of conventional drug control strategies, and the potential of a comprehensive approach. *Colombie-Britannique*. 2003.
- <sup>9</sup> Kerr T., Wood E., Grafstein E., Ishida T., Shannon K., Lai C. et coll. High Rates of Primary Care and Emergency Department Use Among Injection Drug Users in Vancouver. *Journal of Public Health* 2005;27:62-6.
- <sup>10</sup> Edens E.L., Mares A.S., Rosenheck R.A. Chronically homeless women report high rates of substance use problems equivalent to chronically homeless men. *Womens Health Issues* 2011;21:383-9.
- <sup>11</sup> Padgett D.K. Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice* 2006;16:74-83.
- <sup>12</sup> Palepu A., Patterson M., Strehlau V., Moniruzzaman A., de Bibiana J.T., Frankish J. et coll. Daily Substance Use and Mental Health Symptoms among a cohort of Homeless Adults in Vancouver, British Columbia. *Journal of Urban Health* 2013;90:740-6.
- <sup>13</sup> Foley D. Hellish conditions at single-room occupancy hotels. *The Body Positive* 1998;11:18-23.
- <sup>14</sup> Shannon K., Ishida T., Lai C., Tyndall M.W. The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy* 2006;17:107-14.
- <sup>15</sup> Bond G., Drake R., Mueser K., Latimer E. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management and Health Outcomes* 2001;9:141-59.
- <sup>16</sup> Tsemberis S.J. *Housing First: the Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Center City, Minnesota. hazelden.org. 2010.
- <sup>17</sup> Marshall M., Lockwood A. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Chichester, RU. John Wiley & Sons, Ltd. 1998.
- <sup>18</sup> Patterson M.L., Somers J.M., Moniruzzaman A. Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. *Mental Health and Substance Use* 2012;5:85-101.
- <sup>19</sup> New York Academy of Medicine NYAO, éditeur. *Patterns and Distribution of Service Utilization Among Adults Experiencing Homelessness and Mental Illness*. 9<sup>e</sup> édition. New York. 2010.

- <sup>20</sup> Patterson M.L., Moniruzzaman A., Frankish C.J., Somers J.M. Missed opportunities: childhood learning disabilities as early indicators of risk among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia. *BMJ Open* 2012;2:e001586-6.
- <sup>21</sup> Palepu A., Marshall B.D.L., Lai C., Wood E., Kerr T. Addiction Treatment and Stable Housing among a Cohort of Injection Drug Users. *PLoS ONE* 2010;5:e11697.
- <sup>22</sup> Palepu A., Patterson M.L., Moniruzzaman A., Frankish C.J., Somers J. Housing First Improves Residential Stability in Homeless Adults With Concurrent Substance Dependence and Mental Disorders. *American Journal of Public Health* 2013:e1-e7.
- <sup>23</sup> Kertesz S.G., Crouch K., Milby J.B., Cusimano R.E., Schumacher J.E. Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *Milbank Quarterly* 2009;87:495-534.
- <sup>24</sup> Kushel M.B., Vittinghoff E., Haas J.S. Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons. *JAMA* 2001;285:200-6.
- <sup>25</sup> Kushel M.B., Perry S., Bangsberg D., Clark R., Moss A.R. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study 2002;92:778-84.
- <sup>26</sup> Russolillo A., Somers J., McCandless L., Patterson M., Moniruzzaman A. Emergency Department Utilization Among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders After One-Year of Housing First: A Randomized controlled trial. *International Journal of Housing Policy*. Sans date.
- <sup>27</sup> Patterson M.L., Moniruzzaman A., Palepu A., Zabkiewicz D.M., Frankish C.J., Krausz M. et coll. Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013.
- <sup>28</sup> Patterson M.L., Rezanoff S., Currie L., Somers J.M. Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of Housing First: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open* 2013;3:e003442.
- <sup>29</sup> Patterson M., Markey M., Somers J.M. Multiple Paths to Just Ends: Using Narrative Interviews and Timelines to Explore Health Equity and Homelessness. *International Journal of Qualitative Methods* 2012;11:132-51.
- <sup>30</sup> Patterson M.L., Currie L., Rezanoff S.N., Somers J.M., M J. Exiting homelessness: perceived changed, barriers and facilitators among formerly homeless adults with mental disorders. *Psychiatry Rehabilitation Journal*. Sans date.
- <sup>31</sup> Siegel C., Samuels J., Tang D-I., Berg I., Jones K., Hopper K. Tenant Outcomes in Supported Housing and Community Residences in New York City. *Psychiatric Services* 2006;57:982-91.
- <sup>32</sup> Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M., Lehmann P. et coll. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998;93:1857-67.
- <sup>33</sup> Tsemberis S., Eisenberg R.F. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services* 2000;51:487-93.
- <sup>34</sup> Nasreddine Z.S.Z., Phillips N.A.N., Bédirian V.V., Charbonneau S.S., Whitehead V.V., Collin I.I. et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53:695-9.
- <sup>35</sup> Stein L.I., Test M.A. Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980;37:392.
- <sup>36</sup> Straus M.A., Hamby S.L., Boney-McCoy S., Sugarman D.B. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues* 1996;17:283-316.
- <sup>37</sup> Somers, J. (juillet 2008). Collaboration and Change: Evidence related to reforming housing, mental health and addictions care in Vancouver. Préparé pour la Ville de Vancouver.

# ANNEXE

## Métriques propres au site

Les métriques propres au site ont été sélectionnées en fonction des hypothèses du projet et aux particularités escomptées de la population itinérante de Vancouver. Voici les principales hypothèses qu'il s'agissait de vérifier : que la toxicomanie, le déficit cognitif et la gravité des troubles psychiatriques influeraient sur la stabilité résidentielle, que le modèle Logement d'abord produirait des résultats supérieurs aux traitements habituels y compris une réduction de l'utilisation des services d'urgence et des démêlés avec la justice, une meilleure stabilité résidentielle et une amélioration de la qualité de vie, et que le modèle Logement d'abord produirait des résultats supérieurs aux traitements habituels en ce qui a trait à la santé.

L'instrument multidimensionnel Maudsley Addiction Profile [24,25,31,32] permet d'évaluer la consommation d'alcool et de drogues et les dommages qu'elle cause. Les participants ont été évalués tous les six mois au moyen de cet instrument. Le test Montréal Cognitive Assessment (MoCA) [33,34] évalue plusieurs aspects cognitifs et convient au dépistage de

déficits neurologiques chez les populations jeunes (p. ex., traumatisme crânien, tumeur cérébrale, déficit cognitif vasculaire). Les participants ont été soumis au test Foster Care History (VFC) une fois, soit 12 mois après l'entrevue initiale. Les participants ont été évalués selon le test MoCA, la Conflict Tactics Scale [35,36] et l'échelle de la douleur (qui mesure la douleur aiguë et chronique; Schutz, non publié) une fois, soit 21 mois après l'entrevue initiale.

Dix participants de chaque groupe du projet (n=50) ont participé à des entrevues qualitatives ouvertes au début du projet et 18 mois après le recrutement. Les participants ont été expressément sélectionnés pour être représentatifs des différences de genre, de groupe ethnique, de période d'itinérance et de degré de déficience fonctionnelle. Les questions d'entrevue étaient axées sur les thèmes suivants : trajectoires de début et de fin de l'itinérance, points faibles, forts et tournants de la vie et difficultés et facteurs habitants liés au rétablissement.

De plus, 50 participants ont accepté de passer un examen physique complet avec analyse sanguine (hépatites B et C, VIH, sida). Ces examens permettaient de détecter des maladies non déclarées chez les participants. Enfin, tous les participants devaient consentir à ce que les chercheurs transmettent leurs particularités aux organismes publics. Ainsi, les chercheurs pourraient recevoir des données administratives quant à l'utilisation des services de santé, de justice et de bien-être social des participants (un consentement séparé était requis pour chacune des catégories). Un protocole de partage de données interorganismes créé dans le cadre d'un projet précédent a été employé comme base pour l'extraction de données courantes. Les champs des données à inclure étaient les suivants : consultations médicales, services hospitaliers, services pharmaceutiques, services de consommation de substances psychotropes et de santé mentale de la communauté, statistiques de l'état civil, démêlés judiciaires (condamnations et peines) et assistance financière.

## Résultats du projet Chez Soi de Vancouver

Les résultats primaires pour les deux essais portent sur la stabilité d'occupation, l'état de santé, la qualité de vie et l'utilisation des services. Les résultats secondaires portent sur l'évitement des coûts et la rentabilité. Les résultats primaires des groupes d'intervention seront comparés à ceux des groupes témoins, y compris un examen des similitudes et des différences entre les participants qui ont des besoins élevés logés en habitat dispersé ou en habitat collectif. Une attention particulière sera portée à l'effet de la consommation de substances psychotropes sur les résultats primaires. Des analyses économiques et des résultats liés à l'utilisation des services seront réalisées au moyen des sources de données administratives indiquées.

## Publications sur le projet Chez Soi de Vancouver

Somers J.M., Patterson M.L., Moniruzzaman A., Currie L., Rezansoff S.N., Palepu A., Fryer, K. (2013). Vancouver At Home: Pragmatic Randomized Trials Investigating Housing First for People who are Homeless and Mentally Ill. *Essais*, 14: 365. ION : 10.1186/1745-6215-14-365 (2013).

Patterson M., Moniruzzaman A., Somers J.M. (2013). Community participation and belonging among formerly homeless adults with mental illness after 12 months of Housing First in Vancouver: A randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, vol. 49, n° 6 (2013). Primeur électronique. ION : 10.1007/s10597-013-9672-9.

Russolillo A., Somers J., McCandless L., Patterson M., Moniruzzaman A. (sous presse). Emergency Department Utilization Among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders After One-Year of Housing First: A Randomized controlled trial. *International Journal of Housing Policy*. *Accepted*.

Palepu A., Somers J.M., Patterson M., Frankish J., Moniruzzaman A. (2013) Housing First Improves Residential Stability for Homeless Adults with Concurrent Substance Dependence and Mental Disorders. *American Journal of Public Health*. Primeur électronique. ION : 10.2105/AJPH.2013.301628.

Patterson M.L., Rezansoff S., Currie L., Somers J.M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of Housing First: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open* 2013;3:e003442. ION :10.1136/bmjopen-2013-003442.

Somers J.M., Rezansoff S., Moniruzzaman A., Palepu A., Patterson M. (2013). Housing First Reduces Re-offending among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. Publié le 4 septembre 2013 | *PLoS ONE*, vol. 8, no 9, pp. 1-8.

Patterson M., Moniruzzaman A., Palepu A., Zabkiewicz D., Frankish C.J., Krausz M., Somers J. (2013). Housing First improves quality of life among formerly homeless adults with mental illness: a randomized controlled trial. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. ION : 10.1007/s00127-013-0719-6.

Patterson M., Moniruzzaman A., Frankish C.J., Somers J. (2012). Missed Opportunities: Childhood Learning Disabilities as Early Indicators of Risk among Homeless Adults with Mental Illness in Vancouver, British Columbia. *BMJ Open*, vol. 2, n° 6 (22 novembre 2012). PII : e001586. ION : 10.1136/bmjopen-2012-001586. Imprimé en 2012.

Palepu A., Patterson M.L., Strehlau V., Moniruzzaman A., Tan de Bibiana J., Frankish J., Krausz M., Somers J.M. (2012). Daily Substance Use and Mental Health Symptoms among a cohort of Homeless Adults in Vancouver, British Columbia. *Journal of Urban Health*. ION :10.1007/s11524-012-9775-6.

Patterson M., Markey M., Somers J.M. (2012). Multiple Paths to Just Ends: Using Narrative Interviews and Timelines to Explore Health Equity and Homelessness. *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 11, n° 2, pp. 132-151.

Patterson M.L., Somers J.M., Moniruzzaman A. (2011). Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. *Mental Health and Substance Use*, pp. 1-17. ION :10.1080/17523281.2011.618143.



BUREAU DE CALGARY  
110 Quarry Park boul. SE  
Bureau 320  
Calgary, AB T2C 3G3

Tél : 403-255-5808  
Télééc : 403-385-4044

[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)

BUREAU D'OTTAWA  
100, rue Sparks  
Bureau 600  
Ottawa, ON K1P 5B7

Tél : 613-683-3755  
Télééc : 613-798-2989



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada