



RAPPORT FINAL DU SITE DE MONTRÉAL

Projet Chez Soi



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

RAPPORT FINAL DU SITE DE MONTRÉAL PROJET CHEZ SOI

Ce rapport a été produit par une équipe menée par Eric Latimer qui incluait Daniel Rabouin, Christian Méthot, Christopher McAll, Angela Ly, Henri Dorvil, Anne Crocker, Laurence Roy, Daniel Poremski, Marie-Josée Fleury et Erika Braithwaite. Nous remercions aussi Sonia Côté, Suzanne Laferrière, Daniel Latulippe, Alain Lesage et Helen-Maria Vasiliadis pour avoir fait une lecture attentive d'une version préliminaire du rapport et nous avoir transmis leurs commentaires et suggestions. Originellement écrit en anglais, ce rapport a été traduit par Christian Méthot, Eric Latimer et Simon St-Onge.

Sonia Côté, coordonnatrice du site de Montréal, a contribué de façon exceptionnelle au projet Chez Soi dans son ensemble. Nous remercions aussi Cécile Leclercq, Véronique Denis et l'équipe d'intervieweurs dévoués qu'elles ont menée avec brio; d'autres étudiants et analystes; les nombreux gestionnaires, intervenants et propriétaires, et les pairs, qui ont contribué au projet, ainsi que le comité consultatif local du projet.

À l'échelle nationale, Jayne Barker (2008-2011), Cameron Keller (2011-2012) et Catharine Hume (2012 jusqu'à maintenant), de l'équipe nationale de direction du projet Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, et l'équipe nationale de recherche menée par Paula Goering, ont joué un rôle essentiel de soutien et de coordination.

Finalement, nous tenons à saluer tout particulièrement la contribution des participants au projet Chez Soi. Leur volonté de partager leur vécu, leur expérience et leur histoire avec nous a été essentielle au projet.

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.

CITATION

Citer comme suit : Eric Latimer, Daniel Rabouin, Christian Méthot, Christopher McAll, Angela Ly, Henri Dorvil, Anne Crocker, Laurence Roy, Daniel Poremski, Jean-Pierre Bonin, Marie-Josée Fleury et Erika Braithwaite (2014). *Projet Chez Soi - Rapport final du site de Montréal*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada.

Paraît à : www.commissionsantementale.ca

This document is also available in english.

TOUS DROITS RÉSERVÉS

© Équipe de recherche du projet Chez Soi à Montréal et Commission de la santé mentale du Canada, 2014
110, boul. Quarry Park Sud-est, bureau 320, Calgary (Alberta) T2C 3G3

RAPPORT FINAL DU SITE DE MONTRÉAL - PROJET CHEZ SOI

TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux	5
Résumé	6
CHAPITRE 1 - Introduction	9
L'itinérance : une préoccupation croissante à Montréal	9
Un large éventail de ressources et de services	9
Un contexte politique changeant	9
Le projet Chez Soi	10
CHAPITRE 2 - Description du programme et des sous-études	11
Motifs du choix de la variante Pathways to Housing du modèle Logement d'abord	11
Plan de l'étude	12
Établissements et organismes participants	13
CHAPITRE 3 - Données sociodémographiques des participants	14
Statistiques démographiques	14
Comparaison des échantillons montréalais et canadien	14
Historique d'itinérance, de maladie mentale et de maladie physique	15
Besoins modérés et besoins élevés à Montréal : quelles différences?	16
Constatations tirées des entrevues qualitatives	16
CHAPITRE 4 - Résultats sur le plan de la stabilité résidentielle	17
Résultats sur le plan de la stabilité résidentielle	17
Stabilité résidentielle durant les six derniers mois de l'étude	18
Accéder au logement : le point de vue des participants	19
Temps passé dans les refuges et autres établissements	19
Différence entre la qualité du logement des participants logés	19
Implication des propriétaires	20
CHAPITRE 5 - Utilisation des services et effets sur les coûts	21
Visites à l'urgence, consultations externes et centres de jour	21
Recours aux services judiciaires et victimisation	22
Analyse des coûts	22
Compensation des coûts	23

RAPPORT FINAL DU SITE DE MONTRÉAL - PROJET CHEZ SOI

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 6 - Impacts sur le plan social et sur la santé.....	26
Qualité de vie et fonctionnement dans la communauté	26
Perspectives des participants 18 mois après leur admission	27
Quels sont les facteurs expliquant le succès de l'approche Logement d'abord?.....	28
CHAPITRE 7 - Résultats d'autres études propres à Montréal.....	29
Essai clinique aléatoire du soutien à l'emploi	29
Résultats de l'approche Logement d'abord sur les familles des participants.....	29
Comparaison entre les équipes SIV communautaires et institutionnelles.....	30
Effets des pairs aidants sur les services.....	30
CHAPITRE 8 - Conclusions.....	31
Bibliographie.....	33
Annexes.....	34
Annexe 1.....	34
Annexe 2.....	35
Annexe 3.....	36

MESSAGES PRINCIPAUX

DU RAPPORT FINAL DU PROJET MONTRÉAL CHEZ SOI

À Montréal, 469 personnes itinérantes vivant avec un trouble de santé mentale ont été recrutées entre octobre 2009 et mai 2011 pour participer au projet Chez Soi. Parmi ces participants, 163 ont été désignés comme ayant des besoins élevés et 306 comme ayant des besoins modérés. Les participants ayant des besoins élevés ont été répartis au hasard en deux groupes : l'un recevant les services Logement d'abord et le soutien d'une équipe de suivi intensif, l'autre recevant les services habituels. Les participants ayant des besoins modérés ont également été répartis au hasard en deux groupes : l'un recevant les services Logement d'abord par une des deux équipes de soutien d'intensité variable, l'autre recevant les services habituels. Un suivi de recherche échelonné sur deux ans auprès des participants du site de Montréal a atteint un taux de suivi exceptionnel de 91 p. 100, et ce pour l'ensemble des groupes. Ce bilan accroît d'autant plus la fiabilité des résultats. Trois conclusions principales émergent du projet.

1

Il est possible d'implanter le modèle d'intervention Logement d'abord à Montréal.

L'équipe logement du projet Chez Soi a réussi à trouver 73 propriétaires d'immeubles locatifs situés dans plusieurs quartiers de Montréal, qui ont mis leurs appartements à la disposition des participants du projet Chez Soi. Moins de trois mois après avoir été recrutés, presque tous les participants des groupes Logement d'abord étaient logés dans un appartement de leur choix. Les équipes ont continué d'offrir des services à la grande majorité des participants jusqu'à la fin de l'étude. Grâce à des efforts d'implantation soutenus, les équipes ont pu assurer un niveau de fidélité toujours plus élevé au modèle Logement d'abord tout au long du projet.

2

Le modèle Logement d'abord est efficace.

- *Les participants des groupes Logement d'abord ont été beaucoup plus nombreux que ceux des groupes recevant les services habituels à obtenir et à conserver un logement de façon stable.* Au cours des six derniers mois de l'étude, 60 p.100 des participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés occupaient un logement de façon stable chaque nuit, comparativement à 31 p. 100 pour le groupe recevant les services habituels. Si 21 p. 100 des participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés n'étaient pas logés du tout, c'était le cas de 59 p. 100 des participants du groupe recevant les services habituels. Ces différences sont encore plus remarquables chez les participants ayant des besoins modérés : 72 p. 100 des participants du groupe Logement d'abord occupaient un logement de façon stable en tout temps au cours des six derniers mois, comparativement à 29 p. 100 pour le groupe recevant les services habituels; 7 p. 100 des participants du groupe Logement d'abord n'occupaient un logement de façon stable à aucun moment, comparativement à 52 p. 100 pour le groupe recevant les services habituels.
- *Les participants des groupes Logement d'abord ont, sous plusieurs aspects, amélioré leur qualité de vie.* Les participants des groupes Logement d'abord ayant des besoins modérés ont signalé une amélioration plus importante de la qualité de vie que leurs homologues recevant les services habituels. Sur le plan du fonctionnement dans la communauté, les groupes Logement d'abord ont démontré des améliorations plus élevées que les participants recevant les services habituels. Des entrevues en profondeur menées auprès d'un échantillon représentatif de 10 p. 100 des participants lors de leur admission à l'étude et 18 mois plus tard ont mis en lumière plusieurs autres bienfaits de l'approche Logement d'abord. Entre autres, les participants des groupes Logement d'abord ont été beaucoup plus nombreux à déclarer avoir une meilleure santé mentale, vivre moins de stress et d'anxiété, avoir rétabli des relations avec des membres de la famille et avoir réduit leur consommation d'alcool ou de drogue. Cette tendance est particulièrement remarquable chez les participants des groupes Logement d'abord ayant des besoins modérés, qui étaient nettement plus susceptibles d'avoir connu une trajectoire de vie positive au cours du projet que leurs pairs recevant les services habituels.

3

Logement d'abord réduit les coûts d'autres services.

En moyenne, le programme Logement d'abord a coûté 22 482 dollars par personne par année pour les participants ayant des besoins élevés et 14 029 dollars pour les participants ayant des besoins modérés. Au cours des deux années suivant l'admission des participants à l'étude, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services Logement d'abord a entraîné, en moyenne, une économie de 8,27 dollars en services divers (hospitalisations, refuges, etc.) pour les participants ayant des besoins élevés et de 7,19 dollars pour les participants ayant des besoins modérés.

En bref, l'étude a démontré qu'il est possible de loger à Montréal un grand nombre de personnes itinérantes ayant une maladie mentale dans des appartements subventionnés de leur choix. Leur stabilité résidentielle et leur qualité de vie se sont grandement accrues, cela à un coût minime pour la société.

RÉSUMÉ

DU RAPPORT FINAL DU PROJET MONTRÉAL CHEZ SOI

L'itinérance est une préoccupation croissante au Québec, en particulier à Montréal. Même si le nombre de personnes itinérantes n'est pas systématiquement recensé dans la métropole, les données colligées par le Service d'hébergement d'urgence démontrent une augmentation régulière du nombre de lits disponibles ainsi que du taux d'occupation dans les refuges.

Montréal est l'une des cinq villes canadiennes dans lesquelles la faisabilité, l'efficacité et l'efficience du modèle Logement d'abord (Housing First) ont été évaluées dans le cadre d'un projet mené sous l'égide de la Commission de la santé mentale du Canada. Entre octobre 2009 et mai 2011, une équipe d'intervieweurs ont recruté, pour le projet Chez Soi, 469 personnes en situation d'itinérance. Parmi les participants, 163 ont été évalués comme ayant des besoins élevés (sur la base de la gravité de leurs troubles de santé mentale ou de problèmes de comportement), tandis que le reste des 306 participants ont été évalués comme ayant des besoins modérés. Les participants ayant des besoins élevés ont été affectés au hasard à un groupe recevant les services Logement d'abord avec suivi intensif (groupe expérimental, n=81), ou à un groupe recevant les services habituels déjà disponibles à Montréal (groupe recevant les services habituels, n=82). Les deux tiers des participants ayant des besoins modérés ont pour leur part été assignés aléatoirement à l'une ou l'autre des deux équipes de soutien d'intensité variable (groupe expérimental, n=204) avec accès aux services Logement d'abord, tandis que le dernier tiers recevait les services habituels (groupe recevant les services habituels, n=102). Une équipe logement - distincte et indépendante des équipes cliniques mais collaborant étroitement avec elles - se chargeaient du recrutement des propriétaires, de la gestion des baux et de toutes les questions relatives au logement.

Les équipes du projet ont été gérées par divers établissements travaillant en partenariat : l'équipe de suivi intensif (SI) et une des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) ont été gérées par le Centre de santé et services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a prêté les services d'un psychiatre à l'équipe SI. L'organisme communautaire Diogène a constitué la seconde équipe SIV. L'institut universitaire en santé mentale Douglas, s'est chargé de l'équipe logement et des suppléments aux loyers. Un refuge pour hommes, la Mission Bon Accueil, a contribué à la gestion des paiements des loyers des participants. Des pairs aidants ont aussi pris part au projet en tant que membres des équipes cliniques et conseillers au sein des comités décisionnels.

À la suite du recrutement, les participants étaient invités à répondre à divers questionnaires standardisés tous les trois mois, sur une durée totale de 24 mois. Ces questionnaires étaient conçus pour mesurer la qualité de vie, le niveau de fonctionnement, la santé mentale et physique, les troubles de consommation, le lieu de résidence, les revenus et emplois, ainsi que le recours aux services sociaux, de santé ou judiciaires. Les taux de suivi sont demeurés très élevés à Montréal jusqu'à la fin de l'étude : 91 p. 100 des participants initialement recrutés ont complété la dernière entrevue.

L'équipe d'intervieweurs a également mené des entrevues qualitatives avec un échantillon représentatif de participants (n=46) peu après leur admission à l'étude afin de connaître leur parcours de vie. L'équipe a rencontré ces participants à nouveau 18 mois plus tard pour sonder leur expérience de vie depuis le début du projet. D'autres sous-études ont par ailleurs été menées : l'une portait sur les expériences des participants, des propriétaires et des concierges autour de la question du logement; une deuxième se penchait sur l'expérience des membres des familles des participants et une troisième évaluait l'impact de la contribution des pairs aidants. La réinsertion sur le marché du travail grâce à un programme d'aide à l'insertion professionnelle (Individual Placement and Support, IPS) a également été étudiée auprès de volontaires du groupe de participants ayant des besoins modérés.

La majorité des 469 participants étaient des hommes (68 p.100). En moyenne, les participants avaient 44 ans lors de leur admission; 62 p. 100 d'entre eux avaient entre 35 et 54 ans. Les participants avaient en moyenne passé 52 mois en situation d'itinérance au cours de leur vie. La première vague d'entrevues qualitatives a permis de dégager des trajectoires de vie qui, bien que multiples, regroupent certaines tendances de fond. Un grand nombre de participants, en particulier les femmes, ont grandi dans des environnements très difficiles. Les problèmes de santé mentale, souvent aggravés par des troubles de consommation,

ont entravé leur capacité à développer et à maintenir des relations sociales leur apportant un soutien. Les participants évoquent aussi souvent un mal de vivre – très tôt apparu dans leur vie et enraciné dans – des relations intimes nocives – qui perdure à l'âge adulte.

Le projet Chez Soi a démontré que l'approche Logement d'abord est réalisable en contexte montréalais. L'équipe logement est parvenue à recruter 73 propriétaires, répartis dans différents quartiers de Montréal, disposés à offrir un ou plusieurs appartements aux participants. Moins de trois mois après avoir été recrutés, presque tous les participants des groupes Logement d'abord étaient logés dans un appartement de leur choix. Les équipes cliniques et l'équipe logement ont offert des services à la grande majorité des participants jusqu'à la fin de l'étude, cela grâce à des efforts d'implantation soutenus, et elles ont pu assurer un niveau de fidélité toujours plus élevé au modèle Logement d'abord tout au long du projet.

Le modèle d'intervention Logement d'abord s'est révélé efficace : les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés ont passé environ 60 p.100 de leurs nuits en logement en occupation stable du début de l'étude jusqu'à la fin de leur suivi, comparativement à 18 p. 100 pour les participants du groupe recevant les services habituels. Ces proportions se sont respectivement établies à 79 et 31 p. 100 chez leurs homologues des groupes ayant des besoins modérés. Sous un autre angle, si l'on examine en particulier les six derniers mois de l'étude, on constate que 60 p. 100 des participants ayant des besoins élevés occupaient toujours un logement de façon stable durant cette période, tandis que 21 p. 100 n'en occupaient jamais; chez les groupes témoins, 31 p. 100 étaient toujours logés et 59 p. 100 ne l'étaient jamais. Les différences étaient encore plus élevées chez les groupes ayant des besoins modérés : 72 p. 100 des participants du groupe Logement d'abord étaient logés tout le temps et 7 p. 100 ne l'étaient jamais; c'était le cas respectivement de 29 et de 52 p. 100 des participants du groupe recevant les services habituels.

De plus, les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés ont signalé (par le biais d'un questionnaire standardisé) une amélioration plus prononcée de leur qualité de vie que leurs homologues du groupe recevant les services habituels. Au cours de la même période, les groupes Logement d'abord ont aussi montré davantage d'amélioration que les groupes recevant les services habituels

sur des mesures de fonctionnement dans la communauté. Aucune autre différence statistiquement significative n'a toutefois été notée sur le plan quantitatif.

Sur le plan de l'expérience vécue, les entrevues de fond menées auprès des participants ont révélé des différences notables entre les participants du groupe Logement d'abord et leurs homologues recevant les services habituels. Ces différences étaient particulièrement remarquables chez les participants ayant des besoins modérés : ceux des groupes Logement d'abord étaient trois fois plus susceptibles que les participants des groupes recevant les services habituels de mentionner une amélioration de leur santé mentale 18 mois après leur admission au projet. Ils ont signalé aussi, plus souvent que leurs pairs des groupes recevant les services habituels, une diminution du stress et de l'anxiété ainsi qu'un plus grand sentiment de paix.

De même, les participants des groupes Logement d'abord étaient deux fois plus susceptibles d'affirmer avoir réduit leur utilisation de substances. Une proportion plus élevée de participants des groupes Logement d'abord soutenaient par ailleurs avoir rétabli des liens avec leur famille. Ils étaient également deux fois moins susceptibles que leurs pairs des groupes recevant les services habituels de mentionner avoir eu des idées suicidaires. Au contraire, ils rapportaient avoir davantage de confiance en l'avenir et considéraient désormais la vie dans la rue comme faisant partie de leur passé.

Près des deux tiers des participants des groupes Logement d'abord interviewés mentionnaient avoir développé des sentiments de sécurité et d'intimité depuis qu'ils étaient sortis de la rue; une partie de ceux qui n'avaient pas développé de tels sentiments attribuaient ce fait à un logement de mauvaise qualité. Les participants des groupes Logement d'abord expliquaient ces changements positifs dans leur vie par divers facteurs : par exemple, le sentiment de sécurité et de stabilité que leur procurait l'appartement réduisait leur besoin d'automédication par l'alcool ou les drogues. Les participants attribuaient aussi leur mieux-être au soutien continu et exempt de jugement moral qu'offraient les équipes cliniques, la confiance qu'elles leur accordaient pour prendre leurs propres décisions et atteindre leurs objectifs.

Des entrevues menées auprès des propriétaires et des gestionnaires de logements associés au projet nous ont permis de conclure que bien que certains participants aient pu faire l'objet de stigmatisation sociale (surtout dans les cas de troubles comorbides de santé mentale et d'abus

de substances), la plupart d'entre eux étaient traités comme des locataires réguliers. Plusieurs propriétaires faisaient preuve de tolérance et d'empathie à l'égard des participants du projet. Les membres de la famille des participants Logement d'abord ont noté des effets positifs du projet : ils ont exprimé leur soulagement de voir leur proche recevoir de l'aide professionnelle et montrer la volonté d'améliorer son sort.

En moyenne, l'intervention coûte 22 482 dollars par personne par année pour les participants ayant des besoins élevés et 14 029 dollars pour ceux ayant des besoins modérés. Ces coûts sont presque complètement compensés par les économies dans d'autres services, notamment les hospitalisations, le recours aux refuges et d'autres services de logement. Au cours des deux années ayant suivi l'admission des participants au projet, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services Logement d'abord a généré des économies moyennes de 8,27 dollars pour les participants ayant des besoins élevés et de 7,19 dollars pour les participants ayant des besoins modérés.

Trente-quatre pour cent des participants recevant les services IPS ont obtenu un emploi au cours de la période d'étude, comparativement à 22 p. 100 des participants d'un groupe comparable qui ne recevaient que les services d'aide à l'emploi habituels. La différence indiquée ici n'est toutefois pas assez importante pour être statistiquement significative (c'est-à-dire pour nous permettre d'affirmer avec quasi-certitude qu'elle n'est pas attribuable au hasard). Il s'est avéré très difficile de trouver, former et garder des agents de soutien à l'emploi pour le programme IPS : le programme n'a été ainsi pleinement opérationnel et vraiment fidèle au modèle IPS que sur une période de 9 mois. Les participants et les intervenants s'accordaient par ailleurs pour dire que le casier judiciaire et la consommation de substances représentaient les principaux obstacles à l'emploi.

Une comparaison entre l'équipe SIV institutionnelle (CSSS Jeanne-Mance) et l'équipe SIV gérée par un organisme communautaire (Diogène) n'a révélé aucune différence statistiquement significative sur le plan des résultats obtenus. Des entrevues qualitatives réalisées à ce sujet tendent à démontrer que, du point de vue des participants, les différences sont plus marquées entre les intervenants individuels qu'entre les équipes en général.

Enfin, l'intégration de pairs aidants au sein des équipes cliniques a renforcé les connaissances de chacun et permis d'offrir des interventions mieux adaptées aux besoins des participants.

Les principales implications du projet en ce qui concerne les politiques et les pratiques en itinérance à Montréal sont :

1. L'accès à des programmes d'intervention Logement d'abord - similaires à ceux développés par Pathways to Housing à New York et dans le cadre du projet Chez Soi - devrait être accru. Si de tels programmes étaient appliqués à plus grande échelle, on pourrait significativement diminuer le nombre de sans-abri ayant des problèmes de santé mentale à Montréal. Cette conclusion globale a deux implications plus précises :
 - a) Le nombre de suppléments au loyer devrait être augmenté car la plupart des participants préfèrent être logés dans des appartements issus du marché privé et que la présente recherche démontre qu'ils peuvent y demeurer avec succès. Le concept d'accessibilité au logement abordable doit être élargi pour inclure les suppléments aux loyers.
 - b) Des services de formation et de consultation devraient être développés afin de soutenir l'atteinte d'un haut niveau de fidélité au modèle Logement d'abord des nouveaux programmes de ce type.

Le modèle Logement d'abord doit être considéré comme l'une des composantes essentielles d'une approche systémique visant à enrayer l'itinérance à Montréal.

2. Des recherches additionnelles doivent être menées afin d'accroître l'efficacité du modèle Logement d'abord chez les participants pour lesquels l'intervention s'est avérée inefficace.
3. Les participants ont exprimé leur appréciation de certains aspects précis des services du projet Chez Soi : un accès immédiat au logement, les suivis à long terme des équipes cliniques SIV et SI, une approche exempte de jugement moral ainsi que l'autonomie accordée et l'encouragement donné aux participants pour qu'ils prennent leurs propres décisions. Les services d'aide existants gagneraient à intégrer dans leur approche ces aspects du modèle Logement d'abord.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

L'itinérance : une préoccupation croissante à Montréal

L'itinérance est une préoccupation croissante au Québec, tout particulièrement à Montréal. En avril 2012, le journal *Le Devoir* a révélé que « l'itinérance explose à Montréal », citant l'augmentation notable du nombre et de la diversité des personnes itinérantes dans la métropole. L'année suivante, les organismes communautaires relevaient les mêmes tendances (RAPSIM, 2013) : durant l'hiver 2012-2013, entre le 15 décembre et le 31 mars, le taux d'occupation moyen des refuges pour hommes a ainsi atteint 95 p. 100 des 658 places disponibles (66 633 nuitées), comparativement à un taux d'occupation de 90 p. 100 des 567 places disponibles (53 853 nuitées) pour la même période en 2008-2009 : une augmentation de 24 p. 100 en cinq ans. Les refuges pour femmes ont pour leur part enregistré 5 579 nuitées à l'hiver 2012-2013, contre 4 242 nuitées lors de l'hiver 2008-2009, une augmentation de 32 p. 100 en cinq ans. Plusieurs refuges pour femmes disent d'ailleurs refuser régulièrement des demandes d'hébergement faute de place. Ainsi, même si le nombre de personnes itinérantes n'est pas systématiquement recensé à Montréal, le problème semble manifestement s'aggraver.

Au-delà de son coût humain évident, cette accentuation de l'itinérance représente un inquiétant problème de santé publique : on note chez les personnes itinérantes une prévalence beaucoup plus élevée de problèmes de santé mentale, de problèmes physiques et de problèmes de consommation que dans la population en général. Les personnes itinérantes sont aussi plus susceptibles d'être victimes d'agressions et d'abus et leur taux de mortalité est de 2 à 31 fois supérieur à celui de la population en général, selon les études et les sous-groupes (Frankish *et coll.*, 2005).

Les organismes communautaires constatent une augmentation notable du nombre de personnes itinérantes (RAPSIM, 2013).

Un large éventail de ressources et de services

Le phénomène de l'itinérance s'amplifie à Montréal malgré la présence d'une panoplie d'organismes d'aide consacrés aux personnes dans le besoin. Une sous-étude menée dans le cadre du projet Chez Soi a dénombré 93 organismes offrant de l'aide aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être : 18 organismes fournissent de l'hébergement d'urgence, 57 offrent des services spécifiquement dédiés aux itinérants et 18 aident autant les personnes en situation d'itinérance que celles dans le besoin. Dix-neuf autres organismes viennent en aide aux personnes à faible revenu, incluant les personnes en situation d'itinérance (Fleury, Grenier, Lesage, Ma et Ngui, sous presse, janvier-mars 2014).

Le principal organisme public à Montréal dont les services sont spécifiquement axés sur les personnes itinérantes est le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance. Cet organisme dessert chaque année plus de 4 000 personnes en situation d'itinérance à travers différents programmes : *Équipe itinérance*, *Clinique des jeunes de la rue* et

Urgence Psychosociale-Justice. Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal est un autre organisme important dans le milieu de l'itinérance de la métropole. Il offre le programme *Itinérance et sans domicile fixe*, spécifiquement conçu pour les personnes itinérantes qui ont des problèmes de consommation. Afin d'améliorer les relations entre les policiers et les sans-abri, le CSSS Jeanne-Mance et le Service de police de la Ville de Montréal ont mis sur pied en 2009 un programme conjoint - *L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII)* - dans lequel des policiers et des travailleurs sociaux travaillent de concert afin d'aider les personnes en situation d'itinérance fréquemment aux prises avec le système judiciaire.

La sous-étude du projet Chez Soi mentionnée ci-haut se penchait sur les réseaux d'organismes desservant les personnes en situation d'itinérance à Montréal : elle conclut que la plupart des organismes montréalais offrant des services aux sans-abri ont établi des liens significatifs entre eux (Fleury *et coll.*, sous presse, janvier-mars 2014)¹.

Depuis 2002, la Ville de Montréal - en collaboration avec la Société d'habitation du

Québec (SHQ), organisme du gouvernement provincial - participe au développement et à la gestion de logements communautaires à but non lucratif, destinés spécifiquement aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. La Ville subventionne également des organismes de première ligne, tels que les refuges et les centres de jours, ou les travailleurs de rue. Le gouvernement fédéral est aussi un joueur important dans la lutte contre l'itinérance à Montréal grâce à sa Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI), à travers laquelle il finance de nombreux organismes communautaires.

Un contexte politique changeant

En 2008, l'itinérance a fait l'objet d'un vif débat politique au Québec. Le gouvernement provincial a mis sur pied un comité parlementaire sur l'itinérance : pas moins de 145 mémoires ont été soumis et 104 personnes et groupes ont témoigné. Le document *L'itinérance au Québec, cadre de référence*, publié quelques mois plus tard, ciblait quatre objectifs principaux pour combler les besoins

¹ Cette étude note toutefois que la collaboration entre les organismes communautaires moins spécialisés et les établissements publics gagnerait à être renforcée : elle permettrait notamment d'accroître l'efficacité des services fournis aux sans-abri souffrant de troubles comorbides tels que des problèmes de santé mentale graves et des troubles de consommation. Ces personnes pourraient ainsi être plus aisément transférées vers des établissements spécialisés, ce qui permettrait aux organismes offrant des services plus généraux de concentrer leurs ressources sur les personnes ayant des besoins modérés.

des personnes itinérantes aux niveaux provincial, régional et local : 1) renforcer la prévention; 2) accroître l'accès et l'efficacité des réponses des services d'urgence; 3) augmenter l'accès et l'efficacité des services de réintégration et 4) renforcer les connaissances, la recherche et la formation (MSSS, 2008). Ces recommandations ont formé la base du *Plan*

d'action interministériel en itinérance 2010-2013, rendu public en décembre 2009, qui ciblait les meilleures pratiques de lutte contre l'itinérance.

Ce plan d'action suggérait notamment l'approche Logement d'abord pour aider les personnes aux prises avec des problèmes d'itinérance chronique aux prises avec des problèmes de santé mentale. Parallèlement, le

Plan d'action en santé mentale 2006-2010

- *La force des liens établissait* des cibles précises pour le nombre de personnes que devaient rejoindre les équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif (SI) de la province². Ces cibles étaient loin d'être atteintes à Montréal et presque partout au Québec lorsque le projet Chez Soi a débuté.

Le projet Chez Soi

C'est dans ce contexte que le projet Chez Soi a été lancé en 2008 par le gouvernement fédéral grâce à une subvention de la Commission de la santé mentale du Canada. Comme nous l'expliquerons en détail dans les prochains chapitres, l'objectif principal de ce projet était de tester le modèle Logement d'abord dans un contexte canadien, en utilisant un plan d'étude à répartition aléatoire. Cette initiative a reçu un accueil tiède au Québec : plusieurs organismes communautaires étaient d'avis que les fonds alloués au projet auraient d'abord dû leur être destinés plutôt que d'être consacrés à de nouveaux programmes. Certains jugeaient également que le processus de répartition aléatoire au cœur du projet n'était pas éthique : les participants assignés au hasard au groupe recevant les services habituels, sans aide additionnelle, risquaient selon eux de subir une amère déception.

Les organismes communautaires redoutaient également que les participants retournent à la rue au terme du projet et de la subvention de la Commission. Enfin, le fait que les subventions au loyer soient remises à des propriétaires privés constituait une pierre d'achoppement entre le projet Chez Soi et plusieurs parties prenantes du milieu communautaire, lesquelles auraient préféré voir ces fonds publics investis dans les logements sociaux (RAPSIM, 2010).

² Les équipes de suivi intensif (*Assertive Community Treatment*) et de soutien d'intensité variable (*Intensive Case Management*) sont composées de professionnels de plusieurs disciplines relevant de la santé et des services sociaux. Elles ont un ratio intervenant-clients relativement élevé (respectivement, 1:10 et 1:17 dans le projet Chez Soi). Les équipes SI offrent un traitement psychiatrique ainsi que des services de réadaptation et de soutien directement et de façon intégrée, tandis que les équipes SIV réfèrent plus souvent à d'autres services. Qu'ils appartiennent à une équipe SI ou SIV, les intervenants voient leurs clients principalement dans leur milieu de vie « naturel » (par exemple, la rue, les refuges, chez eux, etc.) plutôt que dans leur bureau. Par conséquent, les équipes doivent être très mobiles. Elles sont conçues pour être très adaptables aux besoins et objectifs spécifiques de chaque client.

CHAPITRE 2

DESCRIPTION DU PROGRAMME ET DES SOUS-ÉTUDES

Motifs du choix de la variante Pathways to Housing du modèle Logement d'abord

Le projet Chez Soi est une étude expérimentale avec répartition aléatoire financée par la Commission de la santé mentale du Canada et lancée simultanément en octobre 2009 dans cinq villes canadiennes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. L'objectif de ce projet était d'évaluer l'efficacité et l'efficience d'une approche spécifiquement conçue pour aider les personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale : le modèle Logement d'abord (*Housing First*), tel que développé à New York par l'organisme Pathways to Housing. L'efficacité de ce modèle est mesurée principalement par la stabilité résidentielle, mais également sous l'angle de la qualité de vie, de la santé mentale et physique, du fonctionnement social, de l'intégration à la communauté, etc.

Tel qu'il a été implanté dans le cadre du projet Chez Soi, le modèle Logement d'abord consiste à offrir aux personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale un accès immédiat à un logement privé subventionné de leur choix (le plus souvent dans des appartements dispersés loués sur le marché privé), ainsi que des services cliniques adaptés à leurs besoins, sans préalable autre que d'accepter la visite d'un membre de l'équipe clinique au moins une fois par semaine.

Cette approche diffère du modèle du continuum de soins traditionnel qui impose aux personnes itinérantes de faire preuve d'un comportement jugé adéquat pour progresser vers des logements de plus en plus autonomes. L'approche Logement d'abord offre ainsi un accès immédiat à un logement permanent à un grand nombre de personnes itinérantes

qui ne seraient pas considérées aptes à être logées par les services habituels. Les études menées sur cette approche aux États-Unis ont démontré que ce modèle d'intervention accroît considérablement la stabilité résidentielle, tandis que les coûts qu'il engendre sont largement ou complètement compensés par une réduction des dépenses liées aux soins de santé d'urgence, à l'hébergement en refuge et aux services judiciaires et correctionnels.

Par sa volonté marquée d'offrir aux participants le choix parmi un large éventail de lieux possibles de résidence, la variante de l'approche Logement d'abord mise de l'avant par le projet Chez Soi diffère d'autres programmes qui offrent un accès immédiat au logement. Une grande part des participants de Logement d'abord choisissent de vivre dans des appartements relevant du secteur privé, dispersés à travers la ville. Une équipe mobile fournit des services cliniques pour une durée indéterminée aux participants dans leur milieu de vie et demeure en lien avec le participant même s'il perd son logement ou s'il souhaite vivre dans un autre appartement ou type d'habitation.

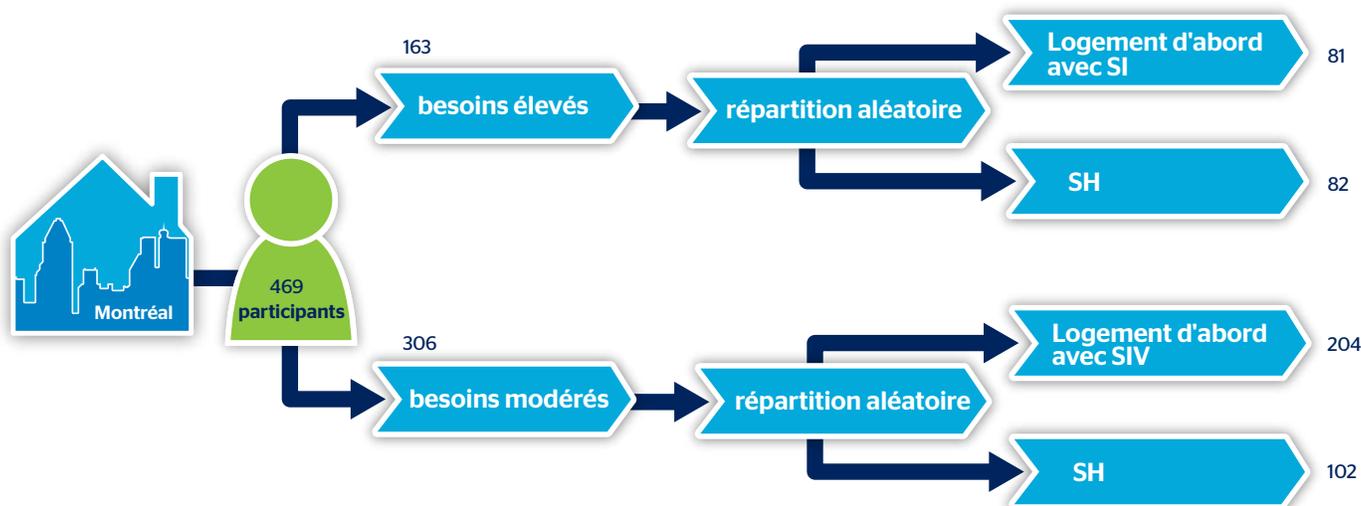
L'approche Logement d'abord a à l'origine été conçue par Pathways to Housing pour venir en aide à des personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves : une équipe SI assure des services de traitement, de réhabilitation et de soutien. Le projet Chez Soi a choisi de tester également une variante de cette approche, pour les personnes dont les besoins sont plus modérés, s'appuyant sur des équipes SIV plutôt que SI. En offrant ainsi à des personnes itinérantes ayant des besoins modérés un accès immédiat à des

logements dispersés, l'approche adoptée par le projet Chez Soi se rapproche du programme torontois Streets to Homes. Toutes les équipes ont été formées et supervisées tout au long du projet afin de s'assurer que leurs interventions respectent la philosophie et (avec le minimum d'adaptations nécessaires au contexte montréalais) les façons de faire du programme Pathways to Housing. Les équipes SIV et SI ont d'autre part été formées à diverses approches et techniques d'intervention orientées vers le rétablissement, y compris l'entretien motivationnel et la réduction des méfaits. Ces formations visaient à ce que les participants puissent avant tout recourir à leurs forces pour accomplir leurs objectifs et leurs rêves.

Certains programmes de logement à faible seuil d'exigence, qui relèvent aussi de l'approche Logement d'abord, offrent un accès immédiat au logement mais restreignent le choix à un nombre limité de bâtiments qui regroupent des personnes anciennement itinérantes. Ces bâtiments sont dotés de personnel spécialisé, de façon à ce qu'ils puissent accueillir des participants aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et/ou des problèmes de consommation. La version Pathways to Housing du modèle Logement d'abord a été sélectionnée parce qu'elle met l'accent sur le choix des participants, ce qui va de pair avec leur intégration dans des logements normaux. Elle est, de ces deux façons (accent sur le choix des participants et intégration dans des logements normaux), plus cohérente avec l'orientation vers le rétablissement désormais privilégiée et peu à peu intégrée dans les services de santé mentale.

Par sa volonté marquée d'offrir aux participants le choix parmi un large éventail de lieux possibles de résidence, la variante de l'approche Logement d'abord mise de l'avant par le projet Chez Soi diffère d'autres programmes qui offrent un accès immédiat au logement. Une grande part des participants de Logement d'abord choisissent de vivre dans des appartements relevant du secteur privé, dispersés à travers la ville.

À Montréal, 469 participants ont été recrutés entre octobre 2009 et mai 2011. Ils ont d'abord été regroupés en fonction de leur niveau de besoins : modérés ou élevés³. Les participants ayant des besoins élevés ont ensuite été affectés au hasard à un groupe recevant les services Logement d'abord et SI (groupe expérimental, n=81), ou à un groupe recevant les services habituels déjà disponibles à Montréal (SH, n=82). Les deux tiers des participants ayant des besoins modérés ont pour leur part été affectés aléatoirement à l'une ou l'autre des deux équipes SIV (groupe expérimental, n=204) avec accès aux services Logement d'abord, tandis que l'autre tiers gardait les services habituels (SH, n=102).



Plan de l'étude

À Montréal, 469 participants ont été recrutés entre octobre 2009 et mai 2011. Ils ont d'abord été regroupés en fonction de leur niveau de besoins : modérés ou élevés. Les participants ayant des besoins élevés ont ensuite été affectés au hasard à un groupe recevant les services Logement d'abord et SI (groupe expérimental, n=81), ou à un groupe recevant les services habituels déjà disponibles à Montréal (SH, n=82). Les deux tiers des participants ayant des besoins modérés ont pour leur part été affectés aléatoirement à l'une ou l'autre des deux équipes SIV (groupe expérimental, n=204) avec accès aux services Logement d'abord, tandis que l'autre tiers gardait les services habituels (SH, n=102).

Une équipe logement - distincte et indépendante des équipes cliniques mais collaborant étroitement avec elles - se chargeait du recrutement des propriétaires, de la gestion des baux et de toutes les questions relatives au logement. Les participants des groupes Logement d'abord recevaient rapidement de l'aide pour accéder à un logement de leur choix (quartier de préférence, type d'immeuble, etc.). La subvention du programme ne leur demandait de déboursier que 25 ou 30 p. 100 (le second pourcentage si le coût du loyer inclut le chauffage) de leurs revenus pour couvrir le coût du loyer. À Montréal, cette subvention s'établissait en moyenne à 375 dollars par mois, tandis que le loyer moyen (pour un appartement de 3 pièces) était de 575 dollars.

Des personnes ayant vécu des situations similaires aux participants ont aussi joué un rôle important dans le projet; certaines d'entre elles ont travaillé comme pairs aidants au sein des équipes cliniques. Des membres du conseil des pairs ainsi que son coordonnateur siégeaient régulièrement aux rencontres du comité de direction. Le conseil des pairs a également produit quelques bulletins d'information destinés aux participants et aux intervenants du projet.

Les participants SH avaient accès à l'ensemble des services habituels déjà en place avant le projet. En fait, au moment de la répartition aléatoire et dans les mois qui l'ont suivie, les intervieweurs de l'équipe chargée de la collecte des données se faisaient un devoir d'informer

³ Voir l'annexe 1 pour une description des critères utilisés pour déterminer le niveau de besoins.

les participants au sujet des services disponibles. Cette approche se voulait une réponse éthique et humaine à leurs besoins immédiats. En ce sens, il est important de comprendre que les résultats rapportés ici ne décrivent pas l'effet d'un nouveau service comparativement à *aucun* service, mais bien les bénéfices *additionnels* de l'approche Logement d'abord comparativement à un éventail de services existants auxquels les participants pouvaient accéder.

Le projet Chez Soi a opté pour un plan d'étude à répartition aléatoire afin de mesurer les effets du modèle d'intervention de manière valide. D'autres plans possibles, tels que les comparaisons « avant-après », sont sujets à des biais importants et ne peuvent que produire des conclusions ambiguës. La comparaison des groupes Logement d'abord et des groupes recevant les services habituels nous a permis de démontrer que ces deux groupes, pour un niveau de besoins donné (élevés ou modérés), étaient équivalents lors de leur admission à l'étude (pour ce qui est de l'âge, du sexe, du niveau de fonctionnement, des antécédents d'itinérance, des problèmes de toxicomanie, des troubles de santé mentale, etc.).

À Montréal, le plan initial prévoyait que les participants des groupes Logement d'abord ayant des besoins modérés soient aléatoirement assignés au programme régulier, avec accès à des logements dispersés à travers la ville, ou à une variante du programme qui donnait plutôt accès à des logements sociaux avec soutien communautaire. L'option des logements sociaux avec soutien communautaire constituait la « troisième voie » de l'étude mise de l'avant à Montréal mais qui, au final, a dû être abandonnée. En effet, très peu de logements sociaux ont pu être mis à la disposition des participants (9 pour l'ensemble du projet) et, dans la plupart des cas, les participants leur préféraient un appartement sur le marché locatif privé. En outre, certains participants ne satisfaisaient pas les critères d'admissibilité⁴. Puisque les participants affectés à ce groupe devaient attendre de plus en plus longtemps pour être logés, il a été décidé, sous recommandation du comité consultatif du projet, d'offrir aux participants le choix de demeurer dans un des rares logements sociaux avec soutien communautaire ou d'opter pour un appartement privé (et de rejoindre ce faisant les groupes originaux).

Tous les participants se prêtaient à une entrevue de recherche lors de leur admission puis à tous les 3 mois pour une période de 21 ou 24 mois. Pour des raisons budgétaires, nous avons

dû compléter l'entrevue de 47 p. 100 des participants 21 mois après leur admission; 53 p. 100 des participants ont donc pu être suivis sur une période totale de 24 mois. La collecte de données s'est achevée en mars 2013. En raison à la fois de la capacité des intervieweurs à établir des liens de confiance authentiques avec les participant et du système de suivi sophistiqué qu'ils avaient mis au point et appliqué, le site de Montréal a atteint des taux de suivi exceptionnels, complétant 91 p. 100 des entrevues finales. Les taux de suivi ont été presque identiques entre les groupes Logement d'abord et les groupes recevant les services habituels.

Établissements et organismes participants

Plusieurs établissements et organismes communautaires montréalais ont collaboré à l'implantation du projet Chez Soi : le CSSS Jeanne-Mance a mis sur pied et géré une équipe SI de même qu'une des deux équipes SIV; le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a offert les services de ses psychiatres et, plus tard dans le processus, d'un coordonnateur pour l'équipe SI; l'organisme communautaire Diogène a fourni la seconde équipe SIV. L'Institut universitaire en santé mentale Douglas a pour sa part mis sur pied et géré l'équipe logement de même que l'équipe d'intervieweurs. Alors que l'équipe logement avait ses propres bureaux, l'équipe d'intervieweurs était basée dans les mêmes bureaux que les équipes du CSSS Jeanne-Mance. La Mission Bon Accueil - organisme communautaire qui comprend un refuge de nuit pour hommes et qui offre une panoplie d'autres services - a offert aux participants qui le désiraient une fiducie destinée au paiement des loyers, prélevant directement le montant nécessaire dans le compte des participants .

À l'instar des autres sites canadiens, une première vague d'entrevues qualitatives a été conduite avec un sous-échantillon représentatif tiré de l'échantillon initial (n=46) immédiatement après l'admission à l'étude. Ces entrevues visaient à comprendre les divers parcours qui ont mené les participants à l'itinérance ainsi que d'autres aspects de leur vie tels que leurs rapports avec les refuges, leur famille et les services sociaux, médicaux et judiciaires. Une seconde vague d'entrevues a été menée 18 mois plus tard auprès des mêmes participants (n=45, un participant étant décédé dans l'intervalle), afin d'apprécier les changements qui ont eu lieu dans leur vie depuis la première entrevue.

D'autres sous-études propres à Montréal ont aussi été menées : un essai clinique aléatoire de soutien et d'intégration à l'emploi (effectué auprès des participants ayant des besoins modérés du groupe Logement d'abord); une étude sur les impacts du modèle d'intervention Logement d'abord auprès des familles des participants; une comparaison des deux équipes SIV. Le rapport au logement a également fait l'objet d'une étude : nous avons interrogé propriétaires, concierges et participants afin de comprendre leur expérience. Enfin, l'impact des pairs-aidants sur le projet a aussi fait l'objet d'une sous-étude qualitative⁵.

⁴ Les dettes constituent souvent un obstacle dans l'accès au logement social. Un bon nombre de personnes itinérantes éprouvent également de la difficulté à remplir les formulaires requis, ou même à fournir l'information nécessaire pour que leur demande puisse être traitée. Enfin, un certain nombre de logement sociaux ont des règlements (par exemple, pas de consommation de drogue) auxquels certains participants refusaient de se conformer.

⁵ Trois rapports détaillés sur l'implantation du projet Chez Soi à Montréal sont disponibles.

CHAPITRE 3

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

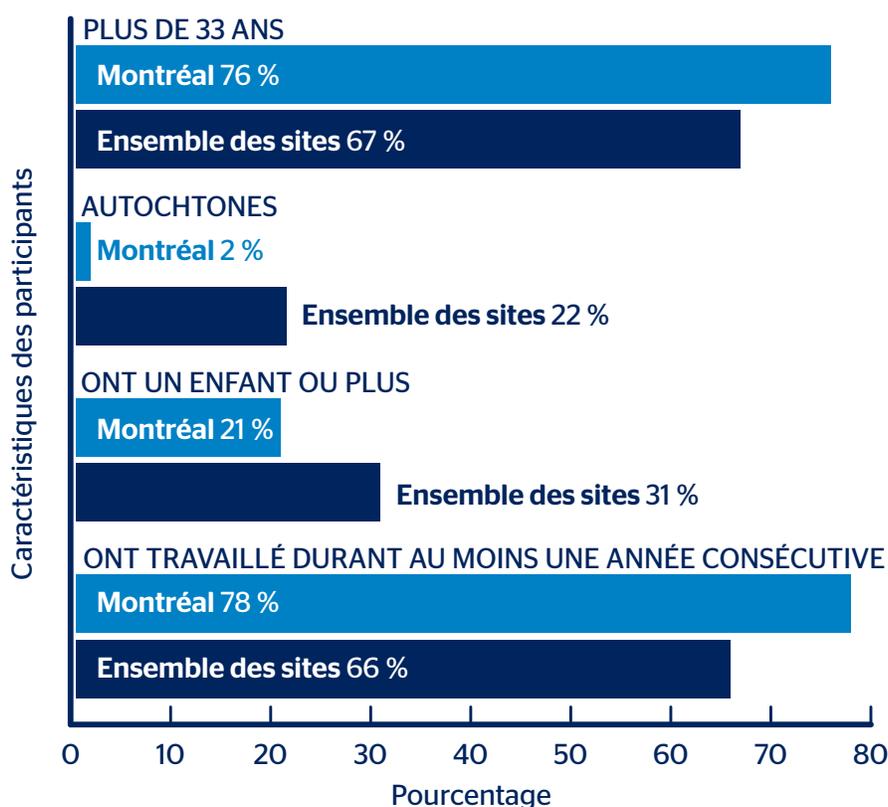
Statistiques démographiques⁶

Malgré des critères d'admissibilité identiques, le portrait démographique des participants varie légèrement entre chaque site, ce qui reflète certaines différences sur le plan des méthodes de recrutement, des caractéristiques de la population itinérante dans chaque ville et l'inclusion délibérée, dans certaines villes, d'un plus fort contingent de groupes spécifiques (par exemple, les autochtones à Winnipeg). Certaines des caractéristiques principales des participants de Montréal sont présentées plus bas, au tableau 1.

Comparaison des échantillons montréalais et canadien

Par rapport à l'échantillon canadien dans son ensemble⁷, les participants de Montréal sont légèrement plus âgés : il y a plus de participants montréalais dans les catégories des 33-54 ans et 55 ans et plus (76 p. 100) que dans l'échantillon canadien (67 p. 100). L'échantillon montréalais comptait moins de participants autochtones : 2 p. 100 des participants de Montréal déclarent être membres des Premières nations comparativement à 21,6 p. 100 de l'échantillon canadien.

Les participants de l'échantillon national sont plus susceptibles d'avoir des enfants (31 p. 100) que ceux de Montréal (21 p. 100). Ces derniers ont par ailleurs fait des études dans une proportion très légèrement supérieure à celle de l'échantillon canadien : 21 p. 100 et 30 p. 100 déclarent avoir complété respectivement leurs études secondaires ou une forme ou une autre d'éducation postsecondaire, comparativement à 18,8 p. 100 et 25,5 p. 100 pour l'échantillon canadien. L'historique de l'emploi diffère aussi : 78 p. 100 des participants montréalais déclarent avoir travaillé pendant une période d'au moins un an au cours de leur vie, un profil que partagent 66 p. 100 des participants de l'échantillon national.



⁶ Les résultats de tests statistiques ne sont pas rapportés ici : ils feront l'objet de publications scientifiques à venir.

⁷ Les caractéristiques de l'échantillon canadien dans son ensemble sont décrites dans le rapport national. Les comparaisons rapportées ici relèvent de l'échantillon complet, y compris Montréal, qui représente environ 20 p. 100 du total.

Tableau 1. Caractéristiques des participants recrutés à Montréal

	ÉCHANTILLON N =469 %	SI N =163 %	SIV N =306 %
ÂGE			
34 ans ou moins	24	37	18
35-54 ans	62	53	66
55 ans ou plus	14	10	16
SEXE			
masculin	68	76	63
PARENTALITÉ			
a un enfant ou plus	21	20	21
ÉDUCATION			
aucun diplôme d'études secondaires	49	56	45
études secondaires terminées	21	20	22
études postsecondaires	30	25	32
ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI (travail continué pendant au moins un an dans le passé)	78	70	83
PRÉSENTÉMENT SANS EMPLOI	94	96	94
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À L'ADMISSION			
itinérance absolue**	96	98	94
en situation de logement précaire	4	2	6
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE EN MOIS			
année précédant l'étude	23	19	26
2008 ou avant	77	81	74
PLUS LONGUE PÉRIODE D'ITINÉRANCE EN MOIS (limites inférieures et supérieures arrondies au nombre entier le plus proche)	29 (0-384)	37 (1-384)	25 (0-360)
DURÉE TOTALE DE L'ITINÉRANCE EN MOIS (limites inférieures et supérieures arrondies)	52 (0-384)	61 (1-384)	48 (0-360)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE (limites inférieures et supérieures arrondies)	35 (9-70)	31 (11-69)	37 (9-70)
PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE À L'ADMISSION			
Trouble psychotique	34	64	19
Autre trouble	60	31	74
Abus de substances	61	76	54
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE* (à deux reprises ou plus dans une année au cours des 5 dernières années)	40	59	30
DÉMÊLÉS JUDICIAIRES (plus d'une arrestation, incarcération ou période de probation dans les 6 derniers mois)	29	35	25
VICTIMISATION			
vol ou menace de vol	22	24	21
menace d'agression physique	30	30	30
agression physique	28	31	27

** Pour connaître la définition d'itinérance absolue et de logement en situation précaire, consulter l'annexe 1.

* Le nombre d'épisodes psychotiques autosignalés et d'hospitalisations subséquentes est susceptible d'être sous-estimé en raison de la nature même de ce trouble.

Historique d'itinérance, de maladie mentale et de maladie physique

Soixante-dix-sept pour cent des participants de l'échantillon national et montréalais déclarent avoir été itinérants pour la première fois avant l'année 2008; seulement 23 p. 100 affirment avoir connu l'itinérance pour la première fois durant l'année précédant leur recrutement dans l'étude. Les participants de Montréal arrivent à la rue un peu plus tard (à 35 ans) que les participants de l'échantillon national (31 ans). Les périodes totales d'itinérance⁸ et la plus longue période d'itinérance au cours de la vie sont légèrement plus courtes à Montréal (respectivement 52 et 29 mois) que dans l'échantillon canadien (respectivement 58 et 31 mois).

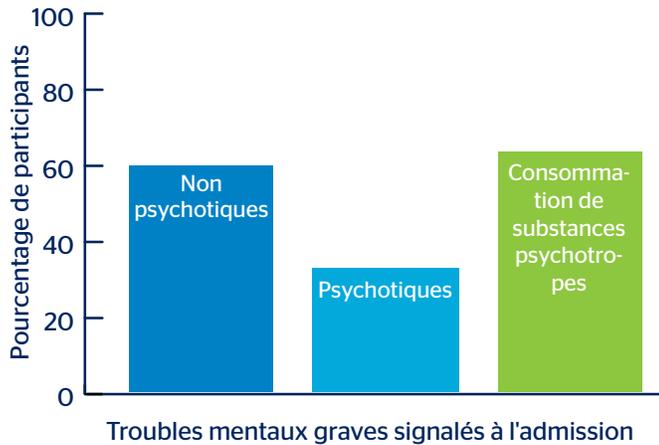
Tous les participants ont un ou plus d'un problème de santé mentale (tel qu'il était requis pour être admissible au PCS). Lors de leur admission, les participants signalent éprouver des symptômes correspondant à la présence des problèmes de santé mentale suivants : 34 p. 100 disent souffrir d'un trouble psychotique (identique à l'échantillon national) et 60 p. 100 d'un trouble non psychotique (71 p. 100 dans l'échantillon national), tandis que 61 p. 100 des participants déclarent avoir des problèmes liés à la consommation (67 p. 100 dans l'échantillon national)⁹. Environ le tiers des participants (32 p. 100) déclarent avoir eu des problèmes d'apprentissage à l'école; le pourcentage est légèrement plus élevé dans l'échantillon national (38 p. 100). Plus de la moitié des participants dans l'échantillon de Montréal (59 p. 100) soutiennent avoir subi au moins un traumatisme crânien ayant causé une perte de conscience au cours de leur vie, proportion légèrement plus importante que chez les participants de l'échantillon national (52 p. 100).

Plus de 90 p. 100 des participants montréalais affirment d'autre part avoir au moins un problème de santé chronique, pourcentage pratiquement identique à l'échantillon national. Les problèmes les plus fréquents incluent l'asthme (27 p. 100), l'hépatite C (20 p. 100), l'emphysème/bronchite chronique (26 p. 100), l'épilepsie (5 p. 100), le diabète (9 p. 100) et les problèmes cardiaques (11 p. 100). Quarante pour cent des participants montréalais ont subi deux hospitalisations ou plus pour un problème de santé mentale en un an au cours des cinq années précédant leur admission.

⁸ La période totale d'itinérance est la durée cumulative des périodes passées en situation d'itinérance au cours de la vie du participant.

⁹ Les statistiques rapportées ici proviennent de l'administration du MINI au moment de l'admission à l'étude. Certains participants ne semblaient répondre à aucun critère du MINI mais avaient un diagnostic de maladie mentale confirmé par un psychiatre. Tel était le cas de certains participants qui avaient une maladie mentale ayant des composantes psychotiques mais qui déniaient leurs symptômes. À l'inverse, certains participants ont obtenu des résultats positifs sur des sections portant sur les symptômes psychotiques ainsi que sur les symptômes non psychotiques du MINI.

Près du tiers (29 p. 100) des participants de Montréal attestent avoir eu des démêlés avec la justice au cours des 6 mois précédant leur admission – qu'ils aient été mis en détention, incarcérés ou en probation, proportion toutefois inférieure au pourcentage de l'échantillon national (35 p. 100). De plus, moins de participants de la métropole déclarent avoir été victimes d'actes criminels durant les 6 mois précédant l'entrée dans l'étude : 22 p. 100 déclarent avoir été volés ou menacés de l'être (32 p. 100 au niveau national); 30 p. 100 déclarent avoir subi des menaces physiques (43 p. 100 au niveau national) et 28 p. 100 déclarent avoir été victimes d'une agression physique (37 p. 100 au niveau national). En somme, à Montréal, les taux de victimisation et de criminalité sont inférieurs à ceux de l'échantillon national.



Besoins modérés et besoins élevés à Montréal : quelles différences?

Les divergences que l'on peut relever entre les participants ayant des besoins élevés et modérés à Montréal reflètent les critères utilisés pour déterminer le niveau de besoin¹⁰. Ainsi, un pourcentage beaucoup plus élevé de participants ayant des besoins élevés avaient un trouble psychotique lors de leur admission (64 p. 100) que leurs homologues ayant des besoins modérés (19 p. 100). Les participants ayant des besoins élevés étaient aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes liés à la consommation au moment de leur admission (76 p. 100) que les participants ayant des besoins modérés (54 p. 100). Un pourcentage significativement plus élevé (59 p. 100) de participants ayant des besoins élevés ont été hospitalisés à deux reprises à l'intérieur d'un an, pendant les cinq années qui ont précédé leur admission, que de participants ayant des besoins modérés (30 p. 100).

Les membres de ces deux groupes se distinguent de même au plan des antécédents d'itinérance : les participants ayant des besoins modérés ont passé moins de temps sans domicile fixe au cours de leur vie (48 mois) que les participants ayant des besoins élevés (61 mois) et ont connu aussi, en moyenne, de plus courtes « plus longues périodes d'itinérance ininterrompues » : 25 mois contre 37 mois. Les participants ayant des besoins élevés étaient plus jeunes lorsqu'ils sont arrivés à la rue pour la

première fois (31 ans) que leurs pairs ayant des besoins modérés (37 ans). Ils sont aussi moins susceptibles d'avoir travaillé consécutivement pendant au moins un an par le passé (70 p. 100) que les participants ayant des besoins modérés (83 p. 100) et sont légèrement plus jeunes en moyenne : plus de participants ayant des besoins élevés avaient moins de 34 ans (37 p. 100) que de participants ayant des besoins modérés (18 p. 100).

Constatations tirées des entrevues qualitatives

Les entrevues qualitatives menées auprès de 46 participants – choisis pour constituer un échantillon représentatif et interrogés immédiatement après leur admission – jettent un éclairage révélateur sur leur existence ainsi que sur les raisons qui les ont menés à la rue (McAll et al., 2012). Bien que l'échantillon qualitatif de 46 participants paraisse réduit, il est représentatif de l'échantillon global¹¹ et l'analyse des verbatim montre des tendances nettes.

En effet, près de la moitié des participants de cet échantillon (48 p. 100) disent avoir souffert d'abus, d'inceste, de violence ou d'abandon au cours de leur enfance et de leur adolescence; 31 p. 100 des femmes interviewées révèlent avoir subi des abus de nature sexuelle et de l'inceste au cours de cette période de leur vie. En tout, 70 p. 100 des participants associent leur enfance et adolescence à des souvenirs négatifs. Ces souvenirs traumatiques sont souvent liés à des problèmes actuels de consommation et de santé mentale qui, à leur tour, engendrent des risques d'instabilité résidentielle. En effet, 80 p. 100 des participants sont d'avis que leurs troubles de consommation constituent un facteur important dans leur trajectoire vers l'itinérance et pas moins de 41 p. 100 estiment que ces troubles constituent la principale cause de leur présence dans la rue. Un peu moins du tiers (28 p. 100) des participants rencontrés en entrevue croient que leurs problèmes de santé mentale constituent l'élément déterminant qui les a menés à la rue, alors que 11 p. 100 invoquent à la fois les troubles liés à la consommation et les problèmes de santé mentale pour expliquer leur condition de sans-abri.

L'abus d'alcool et de drogues constitue un sérieux problème pour une majorité des participants rencontrés en entrevue qualitative : 89 p. 100 d'entre eux affirment avoir souffert de troubles liés à la consommation au cours de leur vie et 78 p. 100 en souffraient encore au moment de l'entrevue initiale. Ainsi, les problèmes de santé mentale, souvent aggravés par la toxicomanie, réduisent d'autant plus les capacités de la personne à développer et à maintenir des relations sociales qui apportent un soutien. Le mal de vivre apparu en jeune âge se perpétue ainsi à l'âge adulte.

À ces difficultés s'ajoute le choc identitaire de se retrouver à la rue et de devoir se définir comme une personne itinérante, comme l'illustre le témoignage d'une participante :

[...] alors quand je suis allée au CLSC auquel ils m'ont référée, c'était un choc pour moi. Je ne pouvais pas croire qu'ils m'enverraient à cet endroit-là et je n'ai pas vu de filles ou de femmes là-bas, c'étaient tous des gars et j'étais la seule femme, et je sentais qu'ils devaient penser que j'étais itinérante. Je ne pouvais pas le croire, suis-je vraiment si pauvre que je dois venir à une telle place, pour parler à ces gens-là et j'étais vraiment sous le choc – c'est mon point le plus bas.¹²

¹⁰ Voir l'annexe 1.

¹¹ Chaque dixième participant recruté était sélectionné pour le sous-échantillon qualitatif, avec de légers ajustements à la fin pour s'assurer que ce sous-échantillon ait le même ratio masculin/féminin que l'échantillon total.

¹² Traduction de l'anglais.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE

Le projet Chez Soi de Montréal a amorcé ses activités cliniques et de recrutement en octobre 2009. Au cours du projet, plus de 30 professionnels ont été formés pour constituer les équipes cliniques et de logement, 73 propriétaires et compagnies de gestion d'immeubles ont été recrutés et près de 300 appartements ont été loués et meublés. En quelques mois, cet effort intensif a eu un impact direct et majeur sur le statut résidentiel de 276 participants de Montréal qui, pour quelque temps au moins, ont quitté la rue : il s'agit de la presque totalité des participants recrutés dans le groupe Logement d'abord (n=285).

Résultats sur le plan de la stabilité résidentielle

À la suite de cette phase initiale d'intégration au logement, l'approche Logement d'abord s'est montrée nettement plus efficace, sur le plan de la stabilité résidentielle, que les programmes existants utilisés par les participants recevant les services habituels. Une grande majorité de participants sont parvenus à maintenir une stabilité résidentielle tout au long du projet.

On peut examiner de deux manières les résultats relatifs à la stabilité résidentielle. La première consiste à comparer la progression, au fil du temps, des nuits passées en logement de façon stable sur des périodes de suivi de trois mois. Un des effets les plus notables du modèle d'intervention a lieu au cours de la première année alors que les groupes bénéficiant de l'approche Logement d'abord sont massivement

logés. Cette tendance s'observe pour l'ensemble des participants du groupe Logement d'abord, comme le montre la figure 1 ci-dessous. Durant les deux années du projet, les participants des groupes Logement d'abord ont passé en moyenne 75 p. 100 de leurs nuits en logement occupé de façon stable contre 29 p. 100 pour les participants recevant les services habituels.

Comme le montre la figure 2 ci-dessous, il existe des différences notables sur le plan de la stabilité résidentielle entre les participants des groupes Logement d'abord (à la fois ceux ayant des besoins modérés et ceux ayant des besoins élevés) et ceux recevant les services habituels. Toutefois, les participants du groupe Logement d'abord - SI (besoins élevés) ont passé en moyenne un pourcentage moins élevé de nuits

Les participants ayant des besoins élevés et recevant les services habituels n'ont jamais passé plus de 38 p. 100 de leurs nuits en logement occupé de façon stable au cours de l'étude.

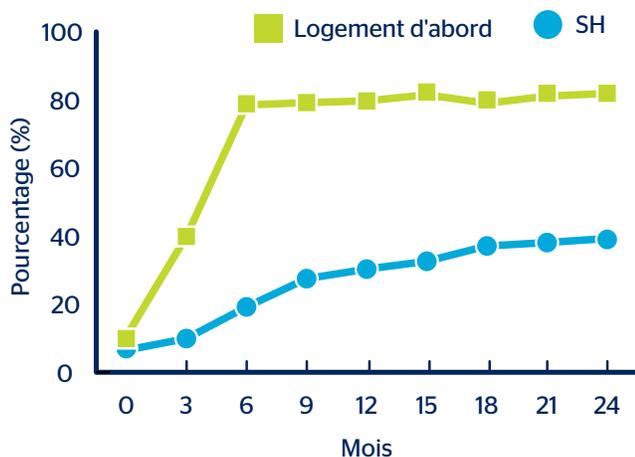


Figure 1. Pourcentage de nuits passées en logement occupé de façon stable durant toute l'étude

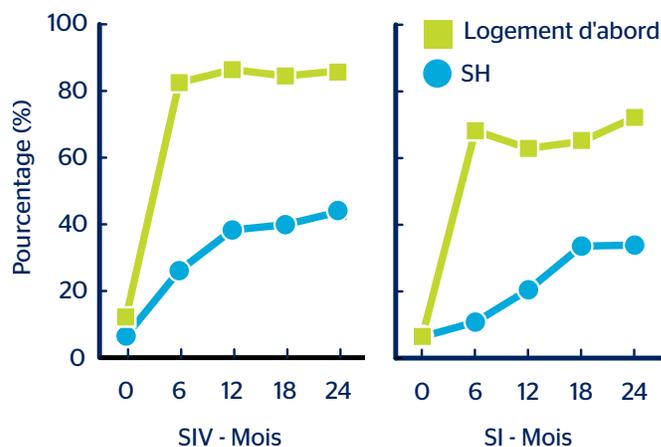


Figure 2. Pourcentage de nuits passées en logement occupé de façon stable durant toute l'étude : comparaison entre groupes ayant des besoins modérés et élevés

¹³ Le logement occupé de façon stable désigne ici un endroit dans lequel les participants ont le droit légal de demeurer à long terme, tel que le confère un bail, dans un milieu autonome comme un appartement ou une chambre, que ce soit dans le secteur public ou sur le marché privé. Les chambres des maisons de chambres pouvaient aussi entrer dans cette catégorie, si l'occupation avait duré plus de six mois, même en l'absence de bail.

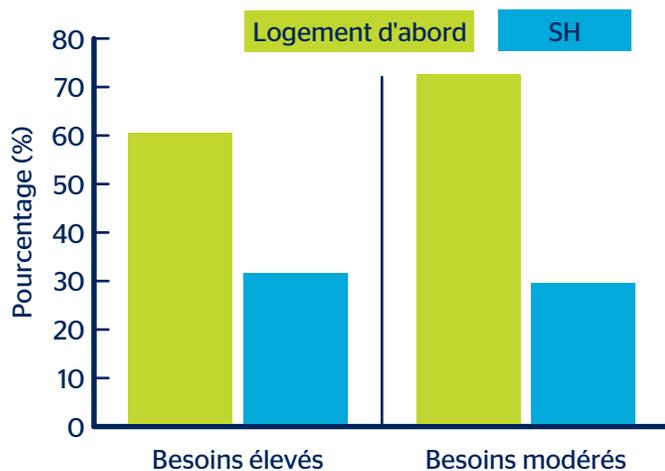


Figure 3. Pourcentage de participants *toujours* logés de façon stable durant les six derniers mois

en logement stable que leurs pairs ayant des besoins modérés assignés au Logement d'abord - SIV¹³. À l'exception des trois premiers mois de l'étude, les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés n'ont jamais passé moins de 84,5 p. 100 de leurs nuits en logement occupé de façon stable, tandis que ceux ayant des besoins élevés n'ont réussi à se hisser à 72 p. 100 que lors des trois derniers mois de l'étude¹⁴. Il faut malgré tout noter que les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés ont passé en moyenne au moins deux fois plus de nuits en logement occupé de façon stable que leurs homologues recevant les services habituels, cela tout au long de l'étude. Les participants ayant des besoins élevés et recevant les services habituels n'ont jamais passé plus de 38 p. 100 de leurs nuits en logement occupé de façon stable au cours de l'étude.

Il peut être surprenant de constater à quel point les participants du groupe recevant les services habituels ont amélioré leur situation sur le plan de la stabilité résidentielle au cours du projet. Cette réalité s'explique par le recrutement exclusif de personnes en situation d'itinérance (dont plusieurs étaient aussi en situation de crise) : certaines ne vivent qu'un seul épisode d'itinérance dans leur vie, d'autres alternent entre des périodes d'itinérance et de stabilité résidentielle, tandis qu'un petit groupe est constamment en situation d'itinérance. Certains des participants recrutés appartiennent aux deux premiers groupes; par conséquent, ils ont pu retourner dans un logement occupé de façon stable au moyen de leurs propres ressources ou grâce aux services déjà offerts dans la communauté. Les contacts entre les intervieweurs et les participants, somme toute assez rares et relativement brefs, n'y ont probablement pas joué un grand rôle. Finalement, comme nous l'avons relevé précédemment, les intervieweurs fournissaient des références aux participants des groupes recevant les services habituels immédiatement après la répartition aléatoire : il est possible que cela ait joué un rôle mineur dans l'amélioration constatée chez ces participants. Une telle influence rend toutefois encore plus nette la distinction entre les deux groupes.

Les progrès mesurés chez les participants des groupes recevant les services habituels démontrent toute l'importance du choix d'un plan de recherche de type essai clinique aléatoire : il est ainsi possible de mesurer la différence entre ce qu'ont vécu les participants ayant bénéficié de

l'approche Logement d'abord et ceux ayant eu accès aux services habituels alors que tous les éléments pouvant affecter la stabilité résidentielle étaient identiques chez les groupes au départ.

Il convient également de noter que la comparaison entre les services habituels et le programme Logement d'abord est, en un sens, inégale. Les participants répartis dans le groupe Logement d'abord obtenaient le soutien d'équipes dédiées à leur trouver un logement et à les y maintenir. Les personnes réparties dans le groupe des services habituels devaient se débrouiller elles-mêmes à travers le réseau de services disponibles. Cette différence reflète toutefois le fait que les services habituels ne sont pas organisés pour aider *toutes* les personnes en situation d'itinérance, de manière individuelle, à obtenir rapidement un logement et à y demeurer.

Stabilité résidentielle durant les six derniers mois de l'étude

La seconde manière d'évaluer les effets du modèle d'intervention Logement d'abord sur la stabilité résidentielle est de comparer les résultats par participant au cours des six derniers mois de l'étude. Il devient ainsi possible de comparer les pourcentages de participants des groupes Logement d'abord et ceux recevant les services habituels qui demeuraient constamment en logement stable au cours de cette période et, inversement, de mesurer ceux qui ne l'étaient jamais. Les effets du modèle d'intervention Logement d'abord sont patents ici aussi (voir figures 3 et 4). Un plus haut taux de participants des groupes Logement d'abord étaient toujours logés pendant cette période, autant dans les groupes ayant des besoins modérés (72 p. 100) que dans les groupes ayant des besoins élevés (60 p. 100). Cette proportion est au moins deux fois plus élevée que chez leurs pairs des groupes recevant les services habituels, autant chez les participants ayant des besoins modérés (29 p. 100) que chez ceux ayant des besoins élevés (31 p. 100). Inversement, 21 p. 100 des participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés n'étaient jamais logés de façon stable durant les six derniers mois de l'étude, comparativement à

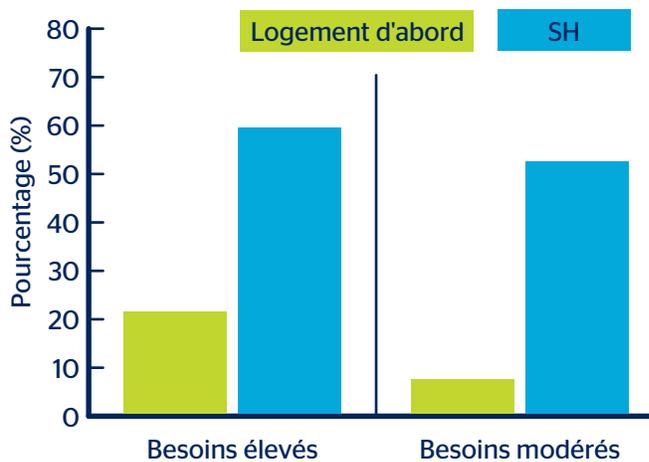


Figure 4. Pourcentage de participants n'occupant jamais un logement de façon stable durant les six derniers mois

¹⁴ Cette situation peut être expliquée par la gravité plus élevée en moyenne de la maladie mentale parmi le groupe ayant des besoins élevés, ainsi que la prévalence plus élevée d'abus de substances. Toutefois, la comparaison des résultats obtenus à Montréal avec ceux obtenus dans les autres sites du projet laisse croire que la raison principale tient aux difficultés particulières d'implantation qu'a vécues l'équipe SI à Montréal. En effet, cette équipe a éprouvé d'importantes difficultés à atteindre un haut niveau de fidélité au modèle Logement d'abord, difficultés qui n'ont commencé à se résoudre que vers la fin du projet.

59 p. 100 des participants du groupe correspondant recevant les services habituels. Pour les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés, seuls 7 p. 100 n'ont jamais occupé un logement de façon stable au cours de cette période de l'étude, contre 52 p. 100 de leurs homologues du groupe recevant les services habituels.

Compte tenu du nombre de participants dans l'étude et du plan expérimental utilisé, des différences aussi importantes entre les groupes ne peuvent être attribuées au hasard. Comme cela avait été planifié au départ, l'approche Logement d'abord a permis de loger rapidement les participants et de les sortir de la rue. Ces services ont aussi été très efficaces pour maintenir en logement une grande partie d'entre eux.

Accéder au logement : le point de vue des participants

Les entrevues qualitatives révèlent la valeur qu'accordent les participants au fait de non seulement avoir accès à un logement occupé de façon stable, mais surtout de détenir leur propre appartement. Plusieurs participants du groupe Logement d'abord ont évoqué l'importance d'avoir « leur propre appartement » et ont décrit leur logement comme une « base » rassurante et sécuritaire à partir de laquelle ils pouvaient se reconstruire et aller de l'avant. En effet, accéder à un logement occupé de façon stable semble avoir une influence déterminante sur les sentiments de sécurité, de tranquillité, de paix et de liberté ressentis par les participants; l'appartement leur permet d'agir comme ils l'entendent – et parfois de se comporter de manière « étrange » – à l'abri des regards du public. Ces éléments reviennent souvent dans les mots des participants :

Je suis plus calme, plus terre-à-terre comme on appelle, je suis plus porté à, à mieux vivre, parce que là, j'ai un logement. [...] mon humeur est meilleure [...] Je dors plus [...] En dormant plus, bien, le moral lève. Je suis moins porté à faire des psychoses, comme on dit, je suis moins porté à rester sur le même problème. À c't'heure s'il y a quelque chose que j'aime pas, c'est comme le poste de TV, si j'aime pas le poste de TV je le change! [rire] (René, Besoins modérés, Logement d'abord)

Puis, en appartement, mettons que t'es choqué, tu peux te parler tout seul. Tu peux te parler tout seul chez vous. Il y a de quoi qui m'est arrivé. J'ai parlé tout seul pendant une demi-heure. Mais ça, devant le monde, tu fais pas ça. Tu vas passer pour une soucoupe. [...] Ce que j'aime c'est que t'es tout seul. Tu es chez vous. Tu as la paix. C'est serein. Si tu veux écouter de la musique ou la TV t'as le choix. Si tu veux manger à une telle heure, t'as le choix de manger à une telle heure. Tu veux te laver à une telle heure, t'as le choix de te laver à une telle heure. Tu fais ce que tu veux. (Hervé, Besoins modérés, Logement d'abord)

Je peux dire que finalement je suis capable de payer mon loyer, puis j'aime, j'adore mon appartement... même si les planchers sont pas trop beaux [petit rire], j'adore mon appartement. J'ai de la place, j'ai un chat, puis ça, ça m'apporte beaucoup de bonheur. [...] Là j'ai de la liberté pour faire, à l'heure que ça me tente, toutes ces tâches-là. (Chantal, Besoins modérés, Logement d'abord)

Des entrevues menées à Montréal dans le cadre de la sous-étude sur le rapport au logement démontrent que la vie en appartement permet aux participants de développer un sentiment de sécurité et de stabilité fondé sur trois aspects : la protection de l'intimité, la protection de la vie privée et l'appropriation d'un espace de vie, un endroit que le participant peut décorer et aménager à son image, en exprimant son identité (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013).

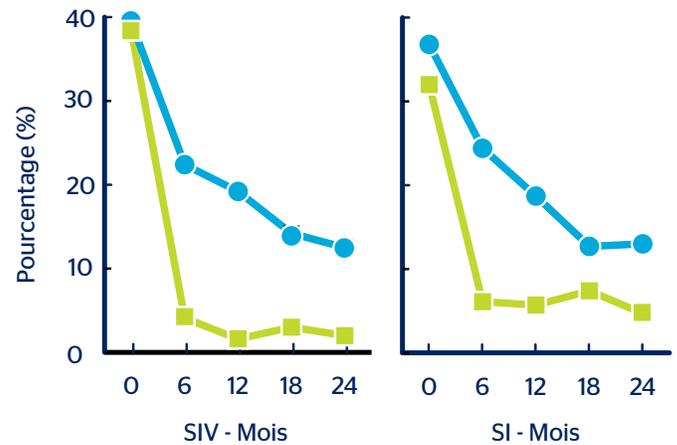


Figure 5. Pourcentage de nuitées en refuge au cours de l'étude

Temps passé dans les refuges et autres établissements

Comme mentionné plus haut, les participants du groupe Logement d'abord ont passé un fort pourcentage de nuits en logement occupé de façon stable; conséquemment, on note une diminution significative du nombre de nuits passées dans la rue et les refuges, cela dans une bien plus grande mesure que chez les participants des groupes répartis aux services habituels. Bien que ceux-ci aient aussi passé un plus grand nombre de nuits en logements occupés de façon stable, ils ont tout de même passé plus de temps dans des logements temporaires, dans les refuges et à la rue (voir les figures 5 et 6). Les participants ayant des besoins modérés, qu'ils fassent partie du groupe Logement d'abord ou du groupe recevant les services habituels, ont passé en moyenne le même temps, assez limité, dans des établissements publics – hôpitaux, prisons, pénitenciers, centres de thérapie, etc. Les effets du modèle d'intervention sont toutefois nettement plus marqués chez les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés: ils n'ont jamais passé plus de 15 p. 100 de leur temps dans les établissements au cours de l'étude, alors que ce pourcentage s'élève à près de 30 p. 100 pour leurs homologues du groupe recevant les services habituels. Du fait de problèmes de santé mentale et de consommation plus graves, il est possible qu'une minorité de participants du groupe ayant des besoins élevés et recevant les services habituels aient été pris en charge à temps plein par certains établissements.

Différences entre la qualité du logement des participants logés

La qualité des logements occupés de façon stable par les participants – logements pouvant être occupés à long terme – a été mesurée objectivement à l'aide d'un questionnaire standardisé développé spécifiquement pour le projet Chez Soi. L'évaluation du logement était en tout temps effectuée par deux intervieweurs de l'équipe recherche formés pour utiliser cet instrument. Le questionnaire a été passé à un échantillon aléatoire de 53 participants du groupe Logement d'abord tandis que les participants du groupe recevant les services habituels en logement occupé de façon stable (qu'ils aient trouvé le logement eux-mêmes ou grâce à un autre programme) ont été systématiquement sollicités pour remplir ce questionnaire : 48 participants ont finalement participé à l'évaluation. L'appartement (ou la chambre) en tant que tel ainsi que l'immeuble et l'environnement immédiat faisaient l'objet de l'évaluation.

À Montréal, la qualité des logements des participants du groupe Logement d'abord était, en moyenne, de qualité égale à celle des domiciles des participants du groupe recevant les services habituels. Toutefois, la variabilité des cotes attribuées aux domiciles des participants du groupe recevant les services habituels était beaucoup plus élevée : ceux-ci étaient parfois logés dans des domiciles de haute qualité, bien que certains d'entre eux aient demeuré dans des endroits dont les conditions étaient plus médiocres que celles de n'importe quel domicile des participants du groupe Logement d'abord.

Ces écarts peuvent être expliqués par le fait que les participants du groupe recevant les services habituels résidaient dans deux parcs de logement différents. Le premier était composé de logements sociaux en parfait état qui obtenaient d'excellents résultats sur l'ensemble des aspects évalués par le questionnaire. Le second parc de logements était composé d'appartements très peu dispendieux sur le marché privé que les participants pouvaient se permettre d'occuper sans subvention au moyen de leur seul revenu (souvent tiré de l'aide sociale). Ces domiciles obtenaient généralement des résultats très faibles au questionnaire. Par contre, le parc de logements des participants du groupe Logement d'abord était composé d'appartements abordables du marché privé sélectionnés par l'équipe logement en fonction de certains critères de qualité. La présence de

cette équipe et des équipes cliniques a favorisé un meilleur entretien des logements et facilité les demandes de réparations. Dans certains cas, les participants ont pu être relogés lorsque les logements ne répondaient plus aux normes fixées par le projet : par exemple, un participant a obtenu un nouveau logement suite à un problème d'infestation que le propriétaire ne semblait pas vouloir régler. L'implication des équipes logement et cliniques, ainsi que la subvention au loyer, assuraient un certain standard de qualité aux logements de participants.

Implication des propriétaires

Le modèle Logement d'abord implanté dans le cadre du projet Chez Soi est, comme il est expliqué plus haut, axé sur le choix du participant, notamment en ce qui concerne le lieu de résidence. Par conséquent, le projet privilégie les appartements issus du marché privé. La faisabilité et l'efficacité du modèle dépendent donc de la capacité du projet Chez Soi à recruter les propriétaires et gestionnaires et à maintenir leur engagement dans le projet à long terme.

Des entrevues menées auprès de huit propriétaires et gestionnaires et de quatre concierges nous apprennent que la majorité d'entre eux avaient déjà de l'expérience avec des locataires partageant le profil des participants du projet Chez Soi : problèmes de santé mentale, consommation de substances, etc. Ils n'avaient pas de prédisposition négative à l'égard des participants, exprimant au contraire de l'empathie à leur égard et se montrant favorables aux projets leur venant en aide. À leurs yeux, les participants du projet Chez Soi sont des locataires comme les autres. Les propriétaires ou gestionnaires n'ayant aucune expérience avec des locataires affichant le profil des participants du projet Chez Soi avaient tendance à considérer ces derniers comme différents de leurs locataires habituels. Une gestionnaire a expliqué avoir dû s'ajuster au comportement inhabituel d'une participante :

Oui. La seule, c'est celle dont je parlais tantôt qui, au niveau comportemental, elle était un peu différente des autres. C'est le seul moment où j'ai vu une différence. Des fois elle avait l'impression que tout le monde lui en voulait dans l'immeuble et ce n'était pas le cas. Je ne connais pas son diagnostic à cette participante-là.

Bien que les propriétaires, gestionnaires et concierges vont parfois rendre de menus services à certains participants (avancer de petites sommes d'argent, aider à l'entretien du logement), ils refusent catégoriquement de jouer le rôle des intervenants : ce sont à ces derniers, selon eux, de gérer les participants lors de crises ou de situations difficiles. À ce sujet, les propriétaires, gestionnaires et concierges rencontrés se disent généralement satisfaits du niveau d'implication des équipes cliniques, mais certains d'entre eux auraient souhaité développer une meilleure collaboration avec les équipes cliniques et partager leur expérience et connaissance des participants (comportement, apparence, hygiène personnelle, état de l'appartement, personnes invitées, etc.).

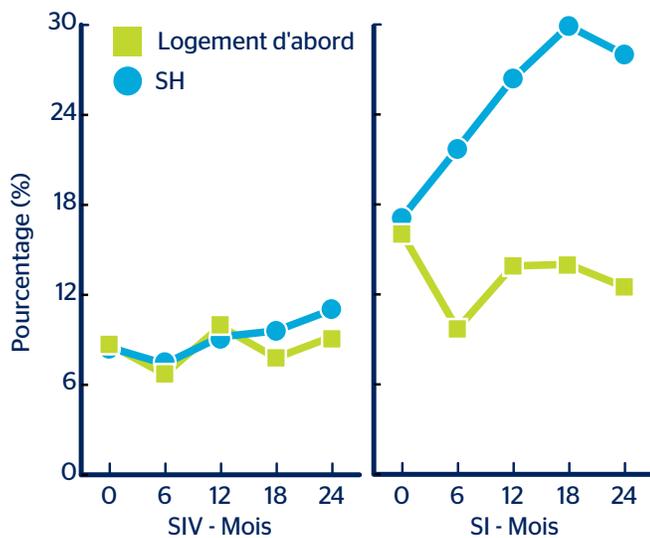


Figure 6. Pourcentage de journées passées en établissement durant l'étude.

CHAPITRE 5

UTILISATION DES SERVICES ET EFFETS SUR LES COÛTS

Visites à l'urgence, consultations externes et centres de jour

L'un des avantages d'offrir un logement en occupation stable à des individus ayant des problèmes de santé mentale et physique est la possibilité de rendre plus appropriée la nature des soins et services qu'ils reçoivent : remplacer des visites à l'urgence et à des centres de crise, ainsi que des séjours dans des établissements de santé, par des contacts réguliers et planifiés avec des ressources répondant de façon plus efficace et efficiente à leurs besoins. Les suivis de recherche effectués avec les participants ont permis de déterminer le type et la fréquence des services judiciaires, sociaux et de santé auxquels ils ont eu recours pendant le projet. On observe des tendances positives en ce qui a trait aux types de services sociaux et de santé utilisés (figures 7 et 8). Les participants de tous les groupes, peu importe leur degré de besoins, signalent une diminution des visites à l'urgence (figure 7), cette baisse étant plus marquée dans les groupes Logement d'abord. Tel qu'illustré à la figure 8, les participants des groupes Logement d'abord tendent aussi à avoir moins souvent recours à des consultations externes, catégorie qui inclut ici les hospitalisations de jour mais qui ne tient pas compte de tests de laboratoire ou diagnostics. Cette différence a perduré tout au long du projet.

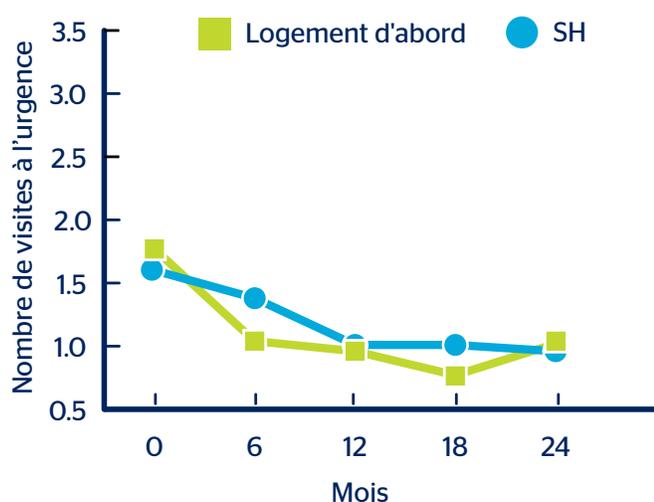


Figure 7. Nombre de visites à l'urgence

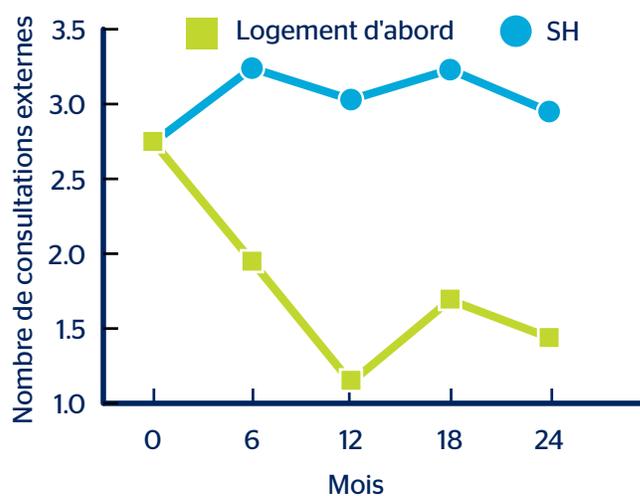


Figure 8. Consultations externes

La fréquentation de centres de jour offrant des repas et d'autres services aux individus dans le besoin était, par le fruit du hasard, inférieure en moyenne dès le début du projet pour les groupes Logement d'abord; cette tendance s'est maintenue tout au long de l'étude (voir figure 9). En revanche, le recours aux banques alimentaires a considérablement augmenté pour les participants des groupes Logement d'abord (voir figure 10). Ce constat n'est pas surprenant étant donné que plusieurs banques alimentaires exigent une adresse pour fournir un panier de provisions; une cuisine équipée d'électroménagers est également nécessaire pour conserver et préparer les aliments offerts. De plus, la majorité des participants doivent vivre de l'aide sociale et, donc, de revenus très limités : les banques alimentaires représentent souvent la seule option pour pouvoir s'alimenter régulièrement. Les entrevues qualitatives ont par ailleurs révélé que le fait d'habiter dans son propre logement permet à certains participants de découvrir ou redécouvrir le plaisir de cuisiner, d'acheter des provisions à l'épicerie, de mener ce que plusieurs qualifieraient de « vie normale », malgré les restrictions financières auxquelles ils sont assujettis.

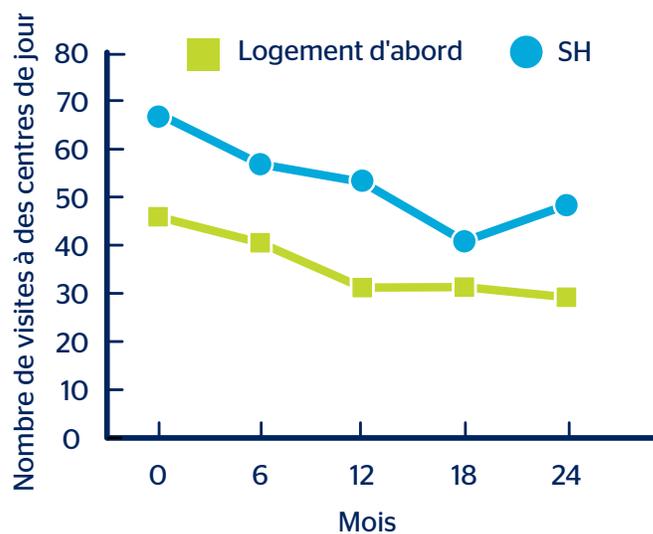


Figure 9. Fréquentation des centres de jour

¹⁵ Inclut les visites en clinique externe mais non les tests diagnostics ou de laboratoire.

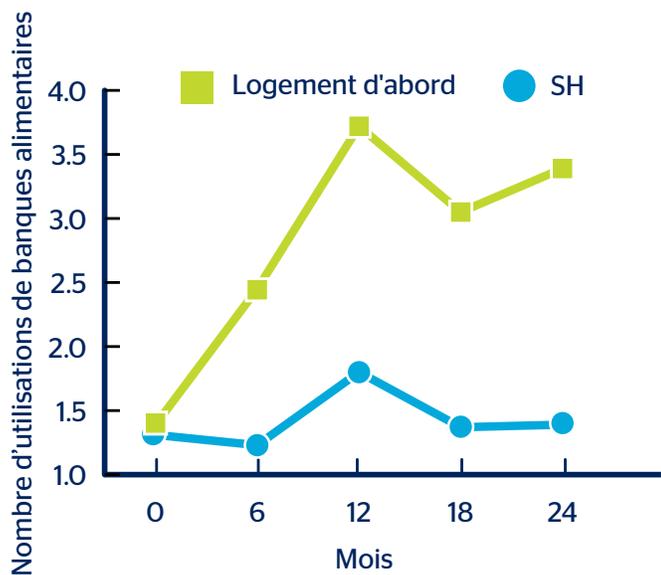


Figure 10. Recours aux banques alimentaires

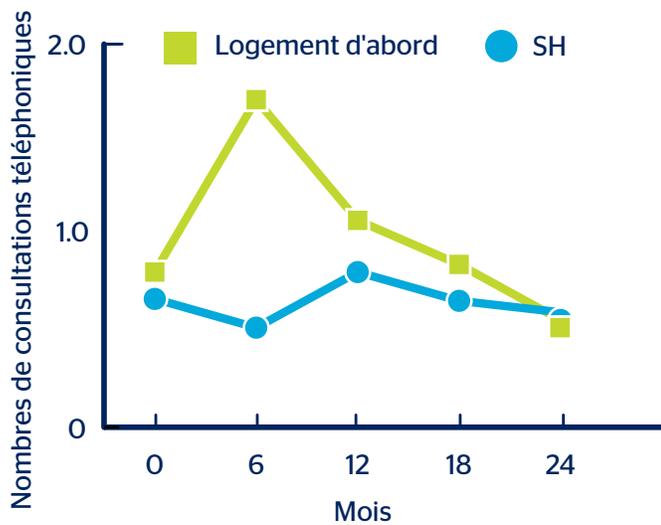


Figure 11. Consultations téléphoniques avec des intervenants

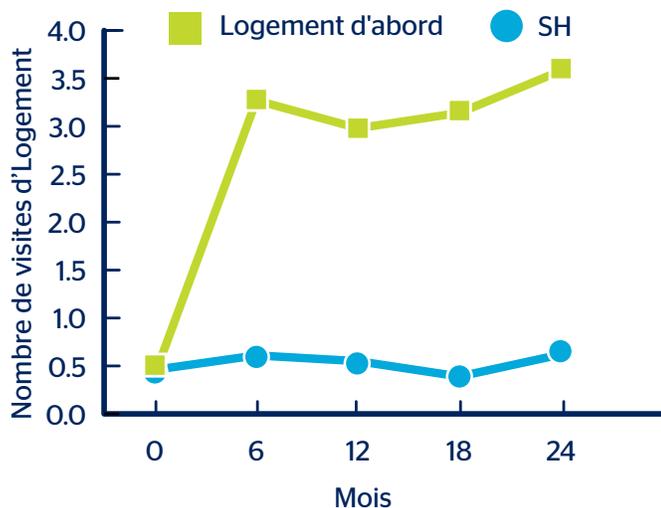


Figure 12. Visites d'intervenants à domicile

Sans surprise, les consultations téléphoniques et les rencontres avec les intervenants ont augmenté au cours de l'étude chez les participants des groupes Logement d'abord : cette hausse peut selon toute probabilité être attribuée aux équipes cliniques du projet Chez Soi (voir figures 11 et 12). Les consultations téléphoniques chez les participants du groupe Logement d'abord ont atteint un sommet six mois après le début du projet puis ont graduellement diminué, rejoignant le même niveau que le groupe recevant les services habituels après 24 mois. Puisqu'une des conditions de participation était de recevoir chaque semaine la visite d'un intervenant, la fréquence des visites d'intervenants à domicile a significativement augmenté chez les participants des groupes Logement d'abord.

Recours aux services judiciaires et victimisation

Au chapitre des démêlés avec la justice ou de victimisation, la comparaison entre les groupes Logement d'abord et les groupes recevant les services habituels n'a pas révélé de différences notables. On remarque une baisse pour les deux groupes au cours de l'étude mais l'on ne constate aucun changement sur le plan des contacts avec les policiers (avec ou sans arrestation), de la détention au poste de police ou du nombre de comparutions ou d'incarcérations. L'approche Logement d'abord est associée à une légère réduction des accusations du côté des participants ayant des besoins élevés comparativement au groupe recevant les services habituels, ainsi qu'à une réduction des actes d'agression physique à leur égard : en effet, le pourcentage de participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés qui étaient sous le coup d'accusation ou victimes de crimes a diminué plus rapidement au cours de l'étude que chez leurs homologues du groupe recevant les services habituels.

Analyse des coûts

Le programme Logement d'abord entraîne une réduction de l'utilisation d'autres services par les participants. La valeur des ressources qui, de ce fait, ne sont pas utilisées compense en partie les coûts du programme. Dans l'état actuel de la recherche et sur la base de deux années de suivi, nous estimons ainsi que chaque tranche de 10 dollars investie dans le programme Logement d'abord permet - par effet de compensation - de réduire les coûts d'autres services de 8,27 dollars chez les participants ayant des besoins élevés et de 7,19 dollars chez ceux ayant des besoins modérés. Ces résultats ont été calculés à partir d'une comparaison de l'ensemble des coûts engendrés par les participants des groupes Logement d'abord et ceux recevant les services habituels en tenant compte des écarts de coûts qui pouvaient exister entre les deux groupes à l'admission au projet.

Les coûts générés par les participants des groupes recevant les services habituels ont aussi diminué au cours de la recherche (voir figures 13 et 14). Cette constatation concorde avec d'autres résultats observés dans ce rapport qui touchaient notamment à la stabilité résidentielle ainsi qu'à d'autres variables. Les participants sont recrutés à un moment très difficile de leur vie mais, grâce à leurs efforts et aux services existants dans la communauté, plusieurs parviennent peu à peu à améliorer leur sort, ce que reflète la réduction moyenne des coûts observée au cours de l'étude. Bien que l'on constate une baisse des coûts chez les deux groupes, cette baisse est plus marquée chez les groupes Logement d'abord du point de vue des services autres que ceux des programmes Logement d'abord. Cette réduction des coûts est le fruit d'une réduction combinée de différents coûts engendrés par les services utilisés par les participants. Il faut aussi noter que, dans une moindre mesure, l'approche Logement d'abord entraîne un accroissement minime des coûts d'autres services utilisés par les participants.

Au moment du recrutement, les participants du groupe recevant les services habituels et ayant des besoins élevés utilisaient ainsi l'équivalent de 69 072 dollars par année en services divers, somme qui s'établissait

à 68 176 dollars pour leurs homologues du groupe Logement d'abord (figure 13). Les données équivalentes pour les participants des groupes ayant des besoins modérés sont de 52 660 dollars et 51 386 dollars respectivement. Ces différences ne sont pas significatives d'un point de vue statistique et sont imputables au hasard : les participants étaient répartis aléatoirement lors du recrutement et ne recevaient pas encore de services de type Logement d'abord. Entre 0 et 24 mois, les coûts annuels moyens par participant, incluant le programme Logement d'abord, ont diminué à 64 655 dollars chez les participants du groupe recevant les services habituels et ayant des besoins élevés et à 67 652 dollars chez leurs pairs du groupe Logement d'abord. Le même phénomène s'observe chez les participants ayant des besoins modérés : entre 0 et 24 mois, le coût annuel moyen par participant du groupe recevant les services habituels et ayant des besoins modérés diminue à 42 373 dollars et à 45 046 dollars chez leurs homologues du groupe Logement d'abord (voir figure 14). Ainsi, une grande partie des coûts engendrés par l'approche Logement d'abord est compensée par une réduction des coûts d'autres services^{15,16}.

Comme l'illustre la figure 13, les usagers aux besoins élevés recevant les services habituels ont utilisé, en moyenne, l'équivalent de 69 072 dollars par année en service divers avant le début de l'étude; ce montant se chiffrait à 68 176 dollars chez les usagers aux besoins élevés du groupe d'intervention. Dans les groupes d'usagers aux besoins modérés recevant les services habituels ou appartenant au groupe d'intervention, ces montants se chiffraient à 52 660 et 51 386 dollars respectivement. Ces différences ne sont pas significatives sur le plan statistique et doivent être interprétées comme le fruit du hasard du fait que les participants ont été répartis aléatoirement au début de l'étude et n'avaient pas encore reçu de logement. Entre le début de l'étude et le 24^e mois, les coûts moyens annualisés par participant, y compris ceux du groupe d'intervention (barre verte du graphique), ont chuté à 64 655 dollars par personne par année chez les usagers aux besoins élevés recevant les services habituels et à 67 652 dollars chez les usagers du groupe d'intervention. Ce phénomène a aussi été observé chez les participants aux besoins modérés, comme l'illustre la figure 14 : ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, les coûts moyens annualisés au début de l'étude chez les participants aux besoins modérés recevant les services habituels sont légèrement plus

élevés (52 660 dollars) que chez les participants aux besoins modérés du groupe (51 386 dollars). Entre le début de l'étude et le 24^e mois, les coûts moyens annualisés par participant aux besoins modérés recevant les services habituels ont chuté à 42 373 dollars tandis que ceux des participants aux besoins modérés du groupe d'intervention ont diminué pour atteindre 45 046 dollars. Une bonne part des coûts des interventions de type Logement d'abord est compensée par la diminution des coûts d'autres services.

Compensation des coûts

La compensation des coûts associés au programme Logement d'abord ainsi que l'augmentation de certains coûts sont illustrées aux figures 15 et 16, dans lesquelles apparaît chaque réduction ou augmentation supérieure à 1000 dollars¹⁷. Les compensations sont représentées par les barres vertes, les augmentations par les barres bleues. Tel qu'illustré à la figure 15, la plus grande compensation de coûts pour les participants Logement d'abord ayant des besoins élevés se retrouve au plan des hospitalisations psychiatriques, dont les coûts ont diminué de 14 003 dollars en moyenne. Les coûts de l'approche Logement d'abord pour les participants ayant des besoins élevés, lesquels incluent les services d'un psychiatre et d'infirmières, ont par conséquent remplacé les coûts associés aux hospitalisations psychiatriques.

La figure 15 montre également une hausse des coûts reliés à la fréquentation de centres de jour, de même qu'un plus grand nombre de nuitées passées dans des programmes psychiatriques résidentiels ainsi que de visites chez des professionnels non reliés au programme Logement d'abord. Il est possible que les participants du groupe Logement d'abord, qui passent moins de temps en hôpital psychiatrique, soient davantage portés à utiliser les services présents dans la communauté ou de s'intégrer à d'autres programmes qui répondent spécifiquement à leurs besoins tels que les programmes psychiatriques résidentiels.

Les compensations de coûts qu'on observe pour les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés s'expliquent par la réduction du recours aux chambres en occupation simple avec soutien, à l'hébergement en refuge, au logement social et à l'hébergement en

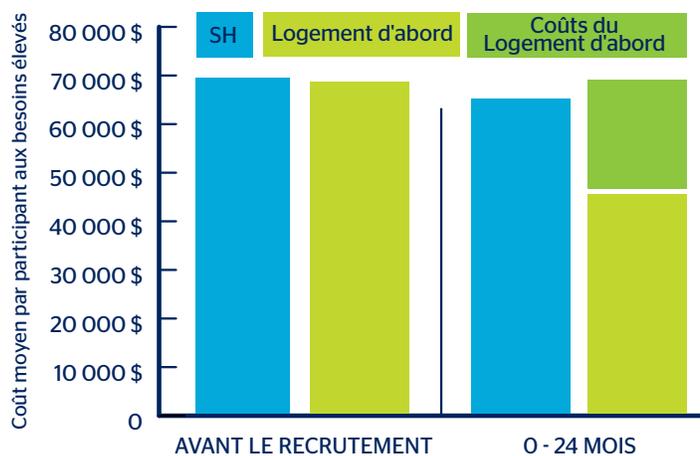


Figure 13. Comparaison des coûts annuels moyens par participant ayant des besoins élevés entre la période précédant le recrutement et la fin de la période d'étude

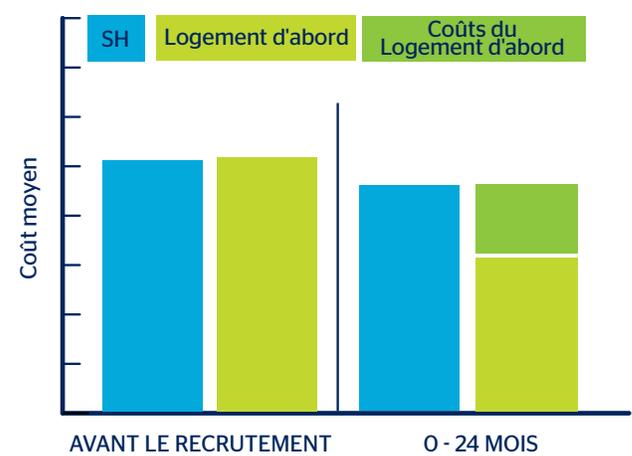


Figure 14. Comparaison des coûts annuels moyens par participant ayant des besoins modérés entre la période précédant le recrutement et la fin de la période d'étude

¹⁶ Les compensations de coût pour des services spécifiques ont été calculées de la même façon que les coûts totaux. Pour être précis, nous avons calculé, à la fois pour les groupes Logement d'abord et les groupes recevant les services habituels, la différence entre le coût annualisé moyen avant l'admission à l'étude et le coût annualisé moyen pendant la période de suivi de l'étude (0 - 24 mois) pour chaque type de service : hospitalisation psychiatrique, refuges, etc. Nous avons ensuite calculé la différence entre ces différences, soit Logement d'abord - services habituels. Ainsi, un résultat positif indique que la réduction a été plus grande (ou l'augmentation a été plus faible, si c'est le cas) dans le groupe Logement d'abord que dans le groupe recevant les services habituels.

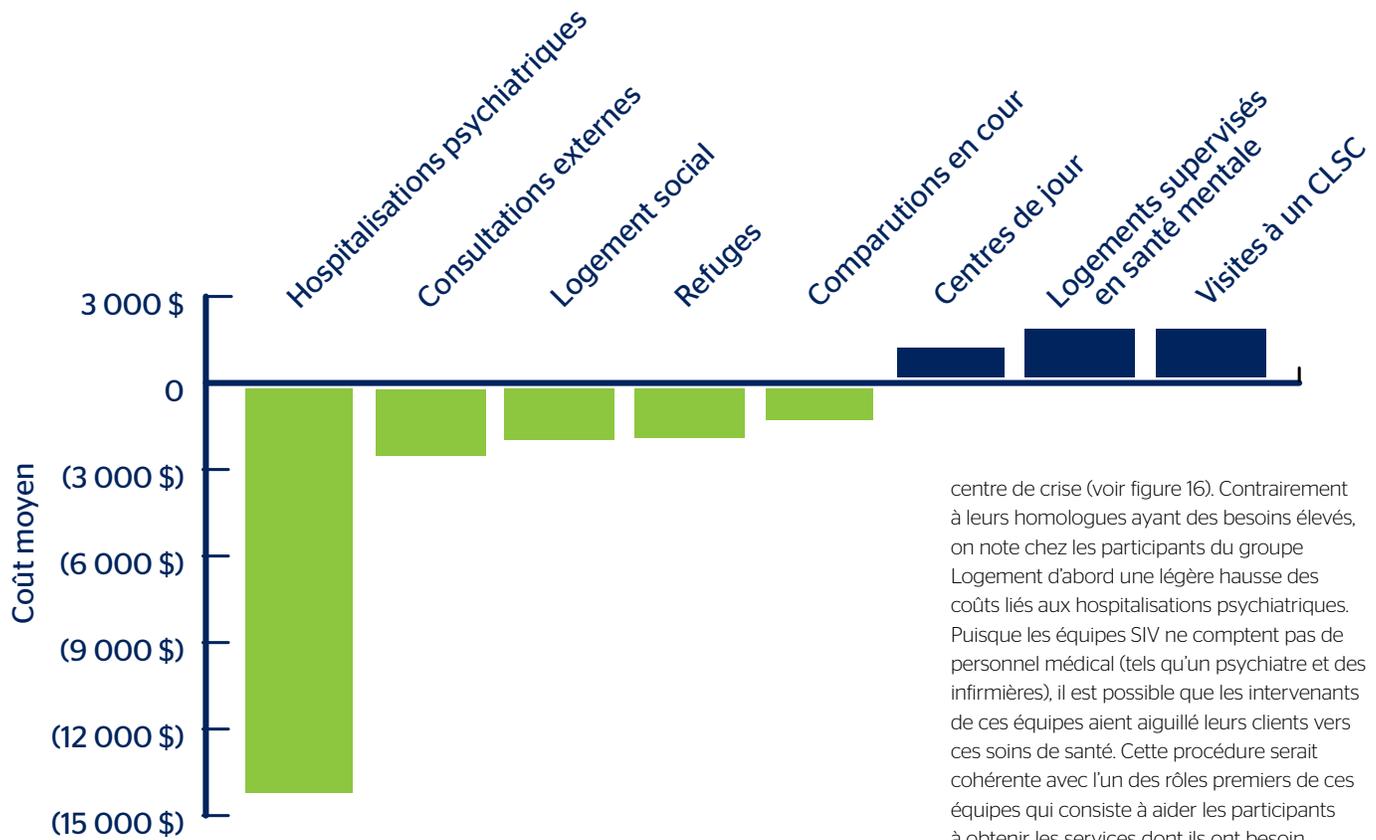


Figure 15. Compensations et augmentations de coûts moyens annualisées par participant ayant des besoins élevés

centre de crise (voir figure 16). Contrairement à leurs homologues ayant des besoins élevés, on note chez les participants du groupe Logement d'abord une légère hausse des coûts liés aux hospitalisations psychiatriques. Puisque les équipes SIV ne comptent pas de personnel médical (tels qu'un psychiatre et des infirmières), il est possible que les intervenants de ces équipes aient aiguillé leurs clients vers ces soins de santé. Cette procédure serait cohérente avec l'un des rôles premiers de ces équipes qui consiste à aider les participants à obtenir les services dont ils ont besoin.

Ainsi, les services dispensés dans le cadre du programme Logement d'abord se sont en grande partie substitués aux services habituellement utilisés par la population itinérante, tels que les hospitalisations, le séjour en refuges, dans des centres de crise et autres services de logement avec soutien, par exemple les logements sociaux avec soutien communautaire. En raison des logements stables et des services de soutien qui sont mis à leur disposition, les participants des groupes Logement d'abord ont moins recours à d'autres services. En moyenne, le programme Logement d'abord parvient presque à couvrir ses frais grâce à la réduction de coûts qu'il entraîne dans d'autres services. Il n'est pas surprenant que cette approche ne permette pas, en moyenne, de réaliser plus d'économies que ce qu'elle coûte : en effet, les participants étaient recrutés en fonction de leur niveau de besoin, et non sur la base des coûts qu'ils engendraient. Avant d'être recrutés, certains des participants vivaient dans des parcs ou sous des ponts et évitaient les refuges et autres services, ce qui entraînait très peu de coûts pour le réseau.

Il faut expliquer ici que « couvrir ses frais » dans ce contexte ne signifie pas qu'un gouvernement qui subventionnerait l'approche Logement d'abord verrait une réduction équivalente de ses dépenses dans les autres services, cela pour au moins trois raisons. Premièrement, si l'approche Logement d'abord permet d'éviter une hospitalisation, par exemple, le lit d'hôpital ainsi libéré sera – vu les taux d'occupation

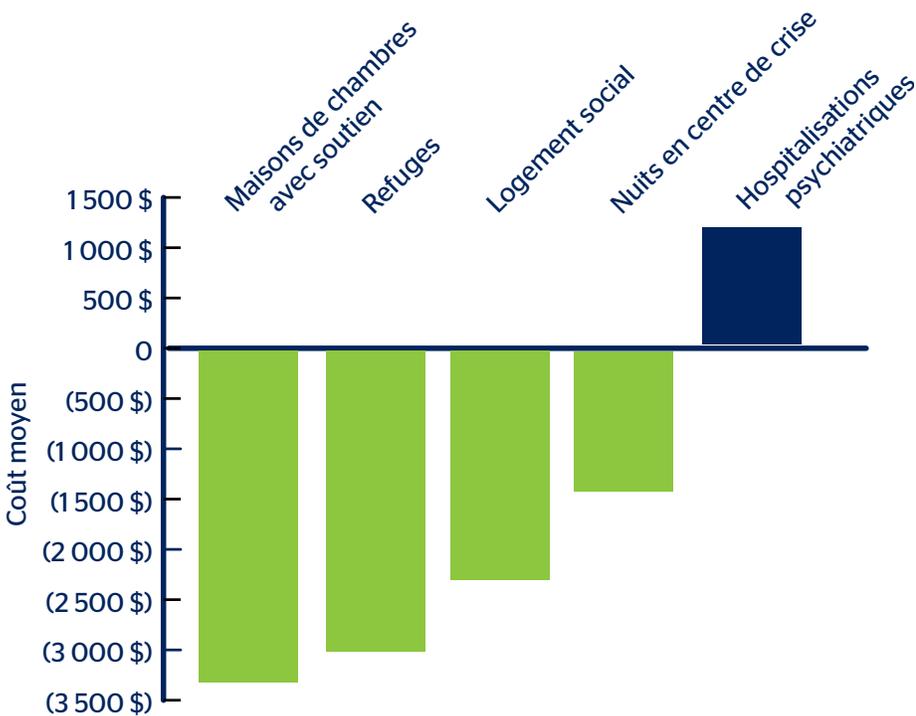


Figure 16. Compensations et augmentations de coûts moyens annualisées par participant ayant des besoins modérés

des hôpitaux québécois - inévitablement occupé par une autre personne : le modèle d'intervention n'aura donc probablement pas d'incidence sur les dépenses de l'hôpital. Un lit d'hôpital (qui représente une ressource coûteuse) aura néanmoins été libéré et profitera à un autre patient : l'écart entre l'offre disponible et la demande aura été réduit.

Deuxièmement, l'évaluation des coûts en services dans le présent rapport tient compte, en sus des dépenses gouvernementales, des dons privés et du volontariat lorsqu'ils sont essentiels à la prestation de services, ce qui est particulièrement le cas pour les refuges. Par conséquent, la réduction de l'utilisation des refuges profitera à la fois au gouvernement et aux donateurs et bénévoles, lesquels pourront être employés à d'autres fins.

Enfin, même si la majeure partie des coûts compensés par l'approche Logement d'abord profite au gouvernement provincial (notamment aux ministères de la Justice et de la Santé et des Services sociaux), les paliers municipal et fédéral (notamment, pour ce dernier en ce qui concerne les pénitenciers fédéraux) pourront aussi tirer avantage de l'effet de compensation engendré par le modèle d'intervention.

Le fait que, en moyenne, le programme Logement d'abord ne couvre pas ses frais ne devrait pas être perçu comme un échec. Peu de programmes novateurs financés par les gouvernements dans le domaine de la santé ou des services sociaux couvrent leurs frais : la plupart du temps, ils ne génèrent d'ailleurs aucune compensation de coûts dans d'autres secteurs. On juge qu'ils procurent suffisamment de bénéfices en soi pour justifier leur financement. Des observateurs ont souligné que les bénéfices associés à certains programmes financés par le gouvernement sont sans commune mesure avec les coûts qu'ils impliquent : par exemple, certains médicaments prodigués à des patients en phase terminale du cancer peuvent allonger leur vie de quelques semaines ou de quelques mois au plus, sans améliorer leur qualité de vie, et coûter plusieurs dizaines de milliers de dollars. Sous cette optique, le coût net du programme Logement d'abord est bien modeste en regard des bienfaits qu'il apporte à l'un des groupes les plus désavantagés et marginalisés de la société.

Dans ce contexte, il est important de mentionner que certains participants du

groupe Logement d'abord vivaient, avant le projet, en marge des services sociaux et de santé. Qu'ils aient désormais davantage recours à ces services peut être envisagé sous un angle favorable. Par exemple, un participant montréalais a appris lors du projet qu'il souffrait d'hépatite C; avec le soutien de son équipe clinique, il a pu en guérir grâce à un traitement à l'interféron B.

CHAPITRE 6

IMPACTS SUR LE PLAN SOCIAL ET SUR LA SANTÉ

Comme mentionné dans les sections précédentes, les intervieweurs rencontraient les participants lors d'une entrevue d'admission puis à intervalles de trois mois afin de recueillir des données sur différents aspects de leur vie (Les instruments et questionnaires utilisés sont précisés à l'Annexe 2). La tendance générale tirée des mesures quantitatives dénote une amélioration de l'état général de tous les groupes, autant Logement d'abord que ceux recevant les services habituels, avec quelques bienfaits supplémentaires pour les participants des groupes Logement d'abord sur deux mesures.

Qualité de vie et fonctionnement dans la communauté

Les effets du modèle d'intervention sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement dans la communauté des participants ont été mesurés tout au long de l'étude. La qualité de vie a été évaluée à l'aide d'un questionnaire portant sur la satisfaction à l'égard des relations familiales, des finances, des loisirs, de la sécurité et du logement (QoLI-20). Le niveau de fonctionnement dans la communauté a été évalué grâce un outil standardisé (désigné par l'acronyme MCAS) comportant 17 items qui portent sur les aspects suivants : niveau de santé mentale et physique, aptitude à gérer les problèmes de santé mentale, habiletés sociales, utilisation de substances et comportements problématiques. Des résultats plus élevés sur ces deux échelles indiquent une qualité de vie et un niveau de fonctionnement plus élevés. Le questionnaire sur la qualité de vie était auto-rapporté alors que l'intervieweur remplissait le questionnaire MCAS en se basant sur ses observations et sur les réponses du participant à d'autres questionnaires. Cette approche a été privilégiée afin de s'assurer que les résultats reflètent à la fois le point de vue du participant et la perspective « objective » d'une évaluation complétée par le personnel de recherche (c.-à-d. l'intervieweur).

Comme illustré aux figures 17 et 18, le niveau de fonctionnement dans la communauté a augmenté entre 0 et 6 mois dans les groupes ayant des besoins élevés et ayant des besoins modérés mais a diminué progressivement par la suite, pour terminer légèrement au-dessus de la valeur mesurée lors du recrutement chez les participants des groupes

ayant des besoins élevés mais en dessous dans les groupes ayant des besoins modérés. L'amélioration est plus importante, toutefois, dans les deux groupes Logement d'abord, particulièrement dans le cas des participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés. Néanmoins, l'effet de l'approche Logement d'abord paraît moins prononcé qu'attendu.

Les figures 19 et 20 décrivent, de manière analogue, l'évolution des résultats de l'évaluation de la qualité de vie. Sur cette mesure, l'approche Logement d'abord semble avoir eu un effet beaucoup moins prononcé sur les participants des groupes ayant des besoins élevés que sur ceux des groupes ayant des besoins modérés. Pour le groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés, la qualité de vie augmente de façon continue, alors que celle de leurs homologues du groupe recevant les services habituels augmente puis diminue dans les derniers mois de l'étude. Étant donné le nombre de participants inclus dans la comparaison entre les groupes et la taille des différences observées, il est très peu probable que la différence entre les trajectoires de ces deux groupes soit le fait du hasard.

Aucune autre différence sur le plan de l'utilisation de substances ou de la santé mentale et physique n'a été relevée par les questionnaires quantitatifs. En général, en considérant les résultats obtenus par le biais des questionnaires sur la qualité de vie et le fonctionnement dans la communauté, les mesures quantitatives portent à croire que l'approche Logement d'abord a été bénéfique pour les participants, surtout ceux ayant des besoins modérés¹⁷.

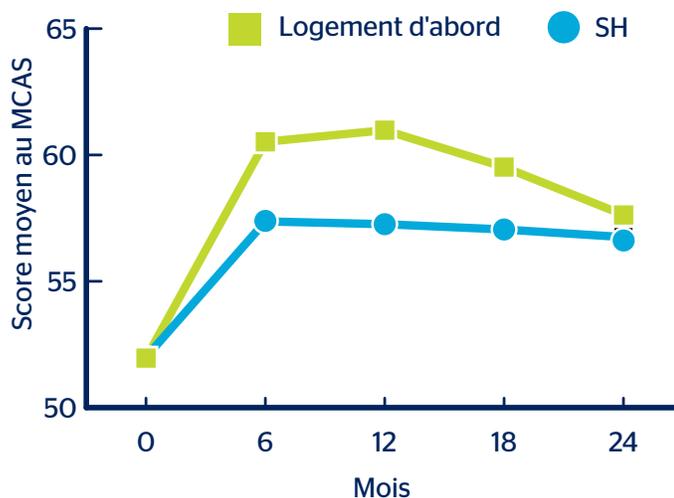


Figure 17. Fonctionnement dans la communauté pour les participants ayant des besoins élevés

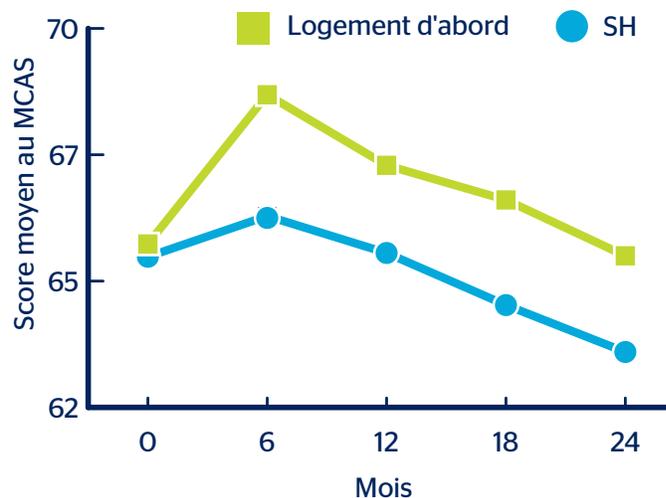


Figure 18. Fonctionnement dans la communauté chez les participants ayant des besoins modérés

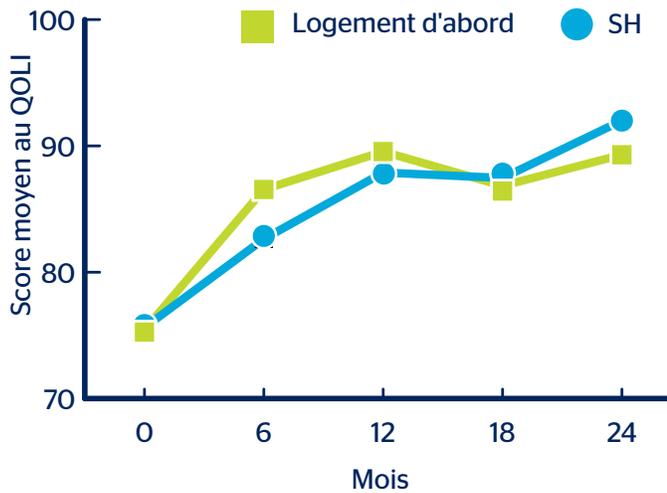


Figure 19. Qualité de vie chez les participants aux besoins élevés

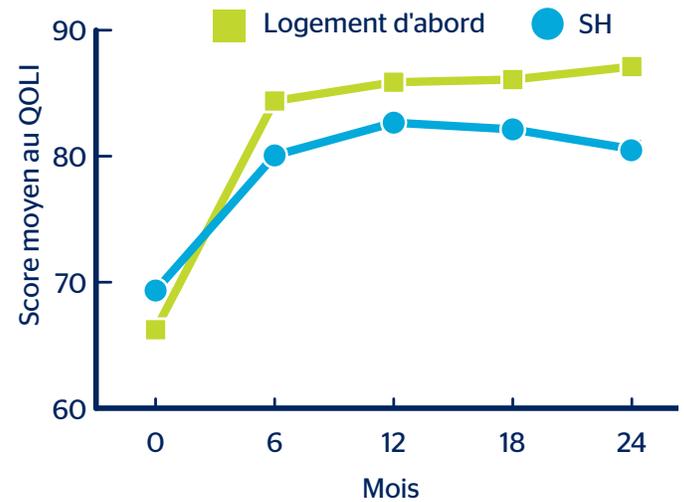


Figure 20. Qualité de vie chez les participants aux besoins modérés

Perspectives des participants 18 mois après leur admission

Dix-huit mois après le début du projet, une série d'entrevues qualitatives a été menée auprès de 45 participants parmi les 46 qui s'étaient prêtés à une entrevue du même type lors de leur admission à l'étude (un des participants est décédé avant de pouvoir être interviewé) (McAll et al., 2013). Cette seconde série d'entrevues avait pour objectif de comprendre les différences qui pourraient avoir émergé au cours du projet entre les groupes Logement d'abord et ceux recevant les services habituels. Contrairement aux données colligées grâce aux questionnaires du volet quantitatif, les données du volet qualitatif font ressortir des différences plus marquées entre les groupes.

Les participants du groupe Logement d'abord sont plus enclins que ceux des groupes recevant les services habituels à mentionner un sentiment de bien-être en entrevue (après 18 mois) – qu'ils définissent comme un sentiment de « paix », de « sécurité » ainsi que la possibilité de vivre à leur propre « rythme ». Un participant déclarait ainsi :

Je suis devenu plus calme, moins nerveux, moins anxieux si tu veux, là. Ouais. Moins stressé, là, par rapport à avoir peur au lendemain tout le temps [...] Quand t'es dans la rue, t'as, t'as peur au lendemain, qu'est-ce qui va se passer demain comment je vais y arriver? Alors [...] ça faisait du bien ça. Je veux dire, de savoir que dans un mois, dans deux mois, dans trois mois, ben, on va être quand même toujours à la même place, tu sais. (Patrick, besoins élevés, Logement d'abord)

Les participants ne se contentent pas de déclarer qu'ils se sentent « chez eux », mais expriment le besoin de protéger leur intimité et leur vie privée ainsi que d'être plus sélectifs à l'égard des personnes qu'ils admettent dans leur appartement. L'acquisition d'un domicile permet une sorte de « repli » sur soi, qui n'a pas ici de connotation négative : ce repli sur soi peut être perçu comme une ouverture sur un nouvel « espace-temps », consacré au repos et au rétablissement (Dorvil et coll., 2013).

Dans le même ordre d'idées, les membres des groupes Logement d'abord sont aussi plus susceptibles d'affirmer qu'ils se sentent moins stressés : 15 p. 100 l'affirment contre aucun membre des groupes recevant les services habituels. Ceux-ci alors sont d'ailleurs trois fois plus susceptibles de dire que leur niveau de stress a augmenté (18 p. 100 expriment cette opinion)¹⁷.

Les effets de l'intervention se décèlent également à travers les sujets qu'abordent spontanément les participants des groupes Logement d'abord. Par exemple, ceux-ci sont trois fois plus susceptibles que leurs homologues des groupes recevant les services habituels de déclarer que leur santé mentale s'est améliorée au cours des 18 derniers mois (33 p. 100 expriment cette opinion), alors que les membres des groupes recevant les services habituels sont deux fois plus enclins à admettre qu'ils ont songé au suicide au cours de la même période (24 p. 100 d'entre eux affirment avoir eu des idées suicidaires). Les participants des groupes Logement d'abord sont quatre fois plus susceptibles d'affirmer qu'ils ont réduit leur consommation de médicaments prescrits (22 p. 100 ont tenu de tels propos), alors que les membres des groupes recevant les services habituels sont quatre fois plus susceptibles d'affirmer que leur santé s'est détériorée au cours de cette même période (47 p. 100 ont exprimé cette opinion).

Sur le plan de la consommation de drogues et d'alcool, les participants des groupes Logements d'abord sont deux fois plus susceptibles de dire qu'ils ont diminué leur consommation (30 p. 100 tiennent de tels propos), tandis que les membres des groupes recevant les services habituels sont deux fois plus susceptibles de confier avoir maintenu ou augmenté leur consommation (c'est le cas pour 47 p. 100 d'entre eux). Les participants ont aussi fréquemment évoqué les raisons pour lesquelles le programme a donné des résultats bénéfiques : par exemple, la stabilité et la sécurité conférées par le fait d'être dans leur propre appartement réduisent leur besoin de s'auto-médicamenter au moyen de drogues ou d'alcool.

L'accroissement de la confiance en soi que soulignent les participants des groupes Logement d'abord tend à être associé à la liberté de prendre leurs propres décisions et de fixer leurs propres objectifs : ces principes sont au cœur du modèle Logement d'abord. Les participants peuvent s'étonner du degré de responsabilité attendu d'eux : ainsi, 22 p. 100 d'entre eux soulignent l'émergence en eux d'un nouveau sentiment de liberté et d'autonomie qu'ils ont pu développer, en partie du moins, grâce aux responsabilités qu'ils ont dû assumer au cours du projet. Il s'agit là d'une nette distinction avec les participants du groupe recevant les services habituels, dont aucun ne mentionne un sentiment comparable. Au contraire, la même proportion de participants de ce groupe, soit 22 p. 100, évoquent une expérience opposée : au cours des 18 derniers mois, ils déclarent avoir été importunés par des règlements tracassiers lors de demandes d'accès à des services, lorsqu'ils se retrouvaient en public

¹⁷ Les différences relativement modestes entre les groupes font contraste avec les résultats des analyses qualitatives sur le point d'être décrites. Il est possible que la durée de l'étude ait été trop courte pour que des différences significatives puissent être détectées sur la plupart des mesures.

¹⁸ Comme dans le cas de la première série d'entrevues qualitatives, nous indiquons les pourcentages de participants dans chaque groupe qui signalaient un type d'opinion ou un autre. En raison de la petite taille des échantillons, les pourcentages indiqués auraient certainement été différents si nous avions tiré un échantillon différent. Les lecteurs sont invités à prendre note des tendances générales qui se dégagent, plutôt qu'à accorder beaucoup de poids à des pourcentages spécifiques.

ou par rapport à d'autres aspects de leur comportement ou de leur vie personnelle. Les doléances de Stéphane, à propos de la gestionnaire de la maison de chambres où il demeure, ne sont pas rares chez les participants du groupe recevant les services habituels :

Elle est sans arrêt en train de tout contrôler [...] J'peux pas porter mes souliers dans la maison. Je dois payer de l'argent si je rentre à la maison après le couvre-feu, je dois payer pour la serrure. Si la police appelle à la maison à cause de moi, je dois payer 150 dollars. Si je sors pour plus de 24 heures, je dois appeler pour me rapporter et lui dire où j'm'en vais et d'où j'reviens. Toutes ces choses qu'elle fait [...] c'est pas normal. Quant tu payes pour ton loyer, tu devrais pouvoir aller et venir comme tu veux. (Stéphane, besoins élevés, services habituels)

Bien qu'un participant du groupe Logement d'abord sur quatre dise se sentir seul, d'autres mentionnent les nouvelles amitiés qu'ils sont parvenus à tisser au cours des 18 derniers mois. Il faut toutefois noter que la même proportion de participants des groupes recevant les services habituels, soit un sur quatre, déclarent éprouver de la solitude; ainsi, on peut avancer que l'approche Logement d'abord, contrairement à ce qui aurait pu être attendu, n'accroît pas le sentiment de solitude. De plus, les participants des groupes Logement d'abord sont cinq fois plus nombreux que leurs homologues des groupes témoins à affirmer avoir développé de nouvelles relations d'amitié : c'est le cas de 33 p. 100 d'entre eux. Ces relations se sont développées avec les voisins du même immeuble ou encore à l'occasion d'activités sociales. On peut considérer le fait d'avoir un chez-soi, où il est possible de recevoir des amis, comme un facteur appréciable dans le développement des liens d'amitié : le tiers des participants des groupes Logement d'abord affirment avoir ainsi formé de nouvelles amitiés depuis le début du projet, amitiés qui font désormais partie intégrante de leur vie.

De surcroît, les participants des groupes Logement d'abord sont six fois plus susceptibles que ceux des groupes recevant les services habituels de dire qu'ils ont rétabli des liens avec des membres de la famille, avec qui ils avaient rompu les ponts depuis un certain temps. Dans une proportion de 38 p. 100, les participants des groupes Logement d'abord disent que ces rapprochements constituent l'un des aspects positifs les plus importants de leur expérience au cours des 18 derniers mois.

L'analyse préliminaire des sujets mis de l'avant par les participants au cours des entrevues permet de dresser une liste de 24 aspects déterminants dans leur appréciation globale - du point de vue de la santé physique et mentale - de leur trajectoire depuis l'admission à l'étude. Sur la base de ces aspects, la trajectoire des participants pouvait être qualifiée de négative, neutre-mitigée ou positive. L'application de cette grille d'analyse aux verbatim des participants des groupes Logement d'abord et ceux recevant les services habituels a permis de dégager une différence minime mais positive en faveur des participants des groupes Logement d'abord ayant des besoins élevés, mais très élevée chez leurs homologues ayant des besoins modérés, comme il est décrit dans la liste suivante :

- Parmi les 8 participants interviewés du groupe Logement d'abord ayant des besoins élevés, 3 présentaient des trajectoires de vie négatives, 2 des trajectoires neutres et 3 des trajectoires positives.
- Parmi les 8 participants interviewés du groupe recevant les services habituels et ayant des besoins élevés, 4 présentaient des trajectoires négatives, 1 une trajectoire neutre et 3 des trajectoires positives.
- Parmi les 19 participants interviewés du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés, 3 présentaient des trajectoires négatives et 16 des trajectoires positives.
- Parmi les 10 participants interviewés du groupe recevant les services habituels et ayant des besoins modérés, 8 présentaient des trajectoires négatives et 2 des trajectoires positives.

L'analyse des entrevues permet également de comprendre pourquoi l'approche Logement d'abord n'était pas toujours efficace : il faut se rappeler ici que, parmi les participants des groupes Logement d'abord, 21 p. 100 de ceux ayant des besoins élevés et 7 p. 100 de leurs pairs ayant des besoins modérés n'avaient pas de logement en occupation stable au cours des six derniers mois de l'étude. Dans certains cas, c'était le fait d'une incarcération ou d'une hospitalisation prolongée, mais les entrevues qualitatives font ressortir trois autres types de situations où le programme Logement d'abord, tel qu'implanté, s'est révélé inefficace. Une des participantes du groupe ayant des besoins élevés juge positivement son implication initiale dans le projet (y compris par rapport au logement), mais un frère au comportement abusif l'a par la suite retrouvée et a rendu sa vie très difficile :

J'ai le goût de tout prendre la médication, puis, puis me crisser, tout prendre de la médication, prendre de la boisson puis plus jamais me réveiller. (Carine, besoins élevés, Logement d'abord)

Deux femmes qui ont longtemps souffert de violences, dans l'enfance ou aux mains d'un partenaire, présentent un cas similaire. Elles témoignent toutes deux de leur appréciation du projet Chez Soi, mais leur passé respectif pèse lourdement dans le récit qu'elles font des 18 derniers mois - notamment sur le plan de l'anxiété, de la dépression, de la peur et des relations familiales chroniquement négatives. Elles ne soulignent que de rares aspects positifs de l'expérience. Enfin, deux hommes semblent être demeurés dans le même état mental qui prédominait au moment de leur admission à l'étude : leur univers est fortement structuré par des composantes paranoïdes qui s'étendent à leur équipe clinique. À l'instar des deux participantes, ils ne retiennent que peu de points positifs de leur participation au projet, bien que l'un des participants semble apprécier le fait d'être logé. Le seul participant dans les groupes recevant les services habituels dont la trajectoire de vie a été positive avait reçu, au tout début de l'étude, un diagnostic et un traitement approprié à des problèmes de santé mentale.

Quels sont les facteurs expliquant le succès de l'approche Logement d'abord?

À quels facteurs les participants attribuent-ils le succès de l'approche Logement d'abord? Quatre principaux facteurs peuvent être dégagés : l'accès rapide à un logement stable, le soutien intensif et à long terme prodigué par les équipes cliniques, le sentiment de ne pas être jugé par les intervenants et la confiance accordée sur les plans de la responsabilité et de la prise de décisions. Les participants des groupes Logement d'abord soulignent tous l'importance du soutien continu des équipes cliniques. Les encouragements qu'elles prodiguaient ont permis aux participants de mieux composer avec les défis de la vie en appartement et de progresser vers l'atteinte de leurs objectifs.

Il est intéressant de noter que lors des entrevues qualitatives à l'admission, 32 p. 100 des organismes mentionnés en entrevue sont décrits sous un angle favorable par les participants, souvent en raison de l'un ou de plusieurs des quatre facteurs mentionnés plus haut. Même en l'absence de services Logement d'abord, ces résultats laissent croire que certains organismes qui viennent en aide aux itinérants (mentionnés au début de ce rapport) seraient évalués plus favorablement s'ils adoptaient ces pratiques avec leur clientèle.

Ainsi, l'organisation des services en fonction du modèle Logement d'abord, comme appliquée dans le cadre du projet Chez Soi, semble être un moyen efficace de regrouper ces pratiques dans un ensemble cohérent qui aide la majorité des participants à s'engager dans un parcours de vie positif. Par ailleurs, il convient de noter que la perspective des participants à l'égard de ce qui a rendu l'intervention efficace est nécessairement incomplète : ils ne pouvaient voir l'ensemble de ce qui avait été mis en place pour les aider, ni toutes les activités quotidiennes des intervenants et de leurs interactions entre eux. Nous y reviendrons dans le dernier chapitre.

CHAPITRE 7

RÉSULTATS D'AUTRES ÉTUDES PROPRES À MONTRÉAL

Comme il a déjà été mentionné, plusieurs autres sous-études ont été menées en parallèle à Montréal. L'étude qui visait à dresser le portrait du réseau de services destinés aux personnes en situation d'itinérance a été évoquée dans la première section du présent rapport. Quelques éléments clés de l'étude sur les expériences des propriétaires, des concierges et des participants autour du logement ont aussi été soulignés plus haut. La présente section traite d'autres études dont certains résultats clés peuvent être signalés au moment de la rédaction de ce rapport¹⁹.

Essai clinique aléatoire du soutien à l'emploi

Un essai clinique aléatoire du modèle d'insertion à l'emploi *Individual Placement and Support* (IPS) a été mené pour déterminer si les services de soutien à l'emploi pouvaient aider les participants qui, une fois logés, exprimaient le désir de trouver et de garder un emploi. IPS est un programme d'insertion à l'emploi bien établi et fondé sur des données probantes conçu pour les personnes ayant un problème de santé mentale. En fait, ce programme correspond en tous points à l'approche Logement d'abord, le choix de l'emploi remplaçant celui du logement. L'efficacité du modèle IPS restait à prouver en ce qui concerne les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui, de surcroît, sortent tout juste de la rue et bénéficient du programme Logement d'abord.

Lors des 12 premiers mois suivant leur recrutement, les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés pouvaient choisir de participer à la sous-étude IPS. Au total, 45 participants ont été assignés au hasard au groupe recevant les services IPS et 45 à un groupe recevant les services

d'aide à l'emploi habituels (référés ou donnés directement par les équipes cliniques). De plus, des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de 14 participants du groupe expérimental IPS et 13 participants du groupe témoin IPS. Les services IPS étaient offerts par deux intervenantes supervisées par une spécialiste expérimentée de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

En résumé, le programme IPS n'a pas donné de résultats positifs sur le plan de l'emploi. Dans une proportion de 34 p. 100, les participants ayant reçu les services IPS ont trouvé de l'emploi, comparativement à 22 p. 100 des participants du groupe recevant les services habituels : cette différence n'est toutefois pas significative sur le plan statistique.

Les entrevues qualitatives révèlent que de nombreux obstacles ont nui au retour à l'emploi des participants : problèmes de toxicomanie, dossier criminel, préjugés des employeurs par rapport aux problèmes de santé mentale et faible estime personnelle. Les participants recevant les services IPS étaient plus enclins

à développer des relations de confiance avec les intervenants, un développement relationnel auparavant souvent entravé par leur expérience de l'itinérance. Ces relations de confiance amenaient les participants à collaborer avec les intervenants IPS et à contribuer à la recherche d'emploi. Les participants du groupe IPS exprimaient une plus grande satisfaction quant aux services d'aide à l'emploi reçus et jugeaient en plus grand nombre avoir vécu une expérience en emploi valorisante. Ils avaient également plus souvent l'impression d'avoir progressé vers leurs objectifs d'emploi.

Autre facteur explicatif, de sérieuses difficultés de recrutement et de rétention d'employés qualifiés pour occuper le rôle d'intervenant IPS ont nui à l'efficacité du programme. L'équipe complète n'a atteint un bon niveau de fidélité au modèle IPS qu'au cours d'une période de moins d'un an. L'analyse des entrevues qualitatives laisse croire que les résultats auraient été plus favorables si l'intervention avait atteint rapidement et maintenu un haut niveau de fidélité au modèle IPS.

Résultats de l'approche Logement d'abord sur les familles des participants

La sous-étude sur les familles des participants cherchait à évaluer les types de soutien qu'offraient les familles aux participants et l'impact du projet Logement d'abord sur ce soutien. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés lors du recrutement auprès de 14 membres de famille de participants, également répartis entre les groupes Logement d'abord et ceux recevant les services habituels. Deux ans plus tard, 8 familles ont à nouveau été interviewées. Les résultats indiquent que la participation à un programme Logement d'abord tend à faire diminuer leur soutien à l'hébergement et l'aide financière alors que le soutien émotionnel et l'accompagnement social tendent à perdurer. Les familles expriment leur soulagement de voir leur proche montrer la volonté d'améliorer son sort et recevoir de l'aide professionnelle.

¹⁹En particulier, une étude qualitative portant sur les organismes communautaires qui ont fait l'objet de commentaires positifs de la part des participants lors des entrevues à l'admission est en voie d'être terminée.

Comparaison entre les équipes SIV communautaires et institutionnelles

Les participants du groupe Logement d'abord ayant des besoins modérés étaient assignés au hasard à l'une des deux équipes SIV du projet : celle du secteur institutionnel, le CSSS Jeanne-Mance, et celle du secteur communautaire, Diogène. Une comparaison des résultats de l'intervention chez les participants n'a dégagé aucun aspect statistiquement significatif. Vingt participants (10 par équipe) ont de plus été interviewés afin d'explorer les différences entre la forme et l'efficacité de l'intervention en fonction de l'équipe. Des conclusions préliminaires issues de ces analyses suggèrent que les différences entre les intervenants sont beaucoup plus importantes que les différences entre les équipes. Ces résultats indiquent que tant le milieu communautaire que le milieu institutionnel peuvent former des équipes SIV appliquant l'approche Logement d'abord.

Effets des pairs aidants sur les services

Une sous-étude s'est penchée sur les effets de l'inclusion de pairs aidants au sein des équipes cliniques. Les résultats présentés ci-dessous sont fondés sur des entrevues et des groupes de discussion menés en 2012 avec trois pairs aidants, 15 intervenants, 3 chefs d'équipe, 2 psychiatres et 2 gestionnaires.

Les interviewés sont d'avis que les pairs aidants ont contribué à orienter les équipes cliniques vers une approche centrée sur le rétablissement. Leur expérience amène les équipes cliniques à mieux appréhender les difficultés vécues par les participants. Les entrevues ont permis d'identifier plusieurs pratiques que les pairs aidants

ont contribué à développer ou à améliorer, notamment adopter un vocabulaire moins stigmatisant, relativiser les diagnostics en les tenant pour des « perspectives diagnostiques », s'appuyer sur les besoins exprimés par la personne, attendre et voir comment la situation évolue avant de forcer la personne à prendre ses médicaments, intervenir plus tôt lorsque la personne semble rendue « trop loin » dans ses symptômes, considérer des ressources alternatives en santé mentale dans des milieux institutionnels, renseigner les intervenants sur les symptômes vécus en situation de crise et promouvoir des pratiques qui favorisent la responsabilisation des participants.

Cette sous-étude expose en détail les bénéfices liés à l'intégration de pairs aidants au sein des équipes cliniques. Leur implication contribue incontestablement à la mise en place de pratiques toujours plus ajustées aux besoins des participants, aspect fondamental du modèle Logement d'abord.

CHAPITRE 8

CONCLUSIONS

Trois conclusions générales peuvent être tirées du projet Chez Soi :

1

Il est possible d'implanter la variante Pathways to Housing du modèle Logement d'abord à Montréal. Moins de trois mois après avoir été recrutées, 276 personnes en situation d'itinérance ayant un problème de santé mentale ont été logées dans des appartements de leur choix, presque tous sur le marché privé. Un nombre suffisant de propriétaires ont été recrutés et ont collaboré au projet grâce au soutien efficace et rapide offert par les équipes cliniques et de logement (incluant la réparation des dommages causés aux appartements). La preuve a aussi été faite qu'il était possible de recruter et de former des équipes cliniques et de logement. L'expérience montréalaise a confirmé ce que la recherche avait déjà démontré, c'est-à-dire que la mise sur pied de telles équipes nécessite la présence soutenue de formateurs et de consultants externes, afin d'assurer un bon niveau de fidélité au modèle Logement d'abord. Les dirigeants des organisations doivent aussi s'engager activement dans le processus, afin notamment d'offrir aux équipes cliniques la marge de manœuvre nécessaire au bon déroulement de l'approche Logement d'abord.

2

Le modèle d'intervention Logement d'abord s'est révélé efficace. Comparativement aux groupes recevant les services habituels, un pourcentage beaucoup plus élevé de participants des groupes Logement d'abord se sont installés dans un logement correspondant à leurs préférences pour l'occuper de façon stable. Bien que les mesures quantitatives ne démontrent pas de différences d'impact aussi grandes que prévu entre les deux groupes, l'analyse des entrevues qualitatives laisse croire que la durée relativement courte de l'étude est en cause. Pour la majorité des participants, il est clair que 1) l'accès rapide à un logement décent, abordable et autonome qu'ils ont choisi eux-mêmes, COMBINÉ 2) au soutien d'une équipe clinique professionnelle qui travaille de concert avec les participants dans la poursuite de leurs rêves et objectifs – en adoptant une approche exempte de jugement moral et en leur donnant le plus de marge de manœuvre possible sur la manière d'orienter leur vie – a contribué à les guider sur une trajectoire de vie plus positive.

3

Le programme d'intervention s'est révélé rentable : Lorsque l'on tient compte de l'ensemble des coûts générés par les visites en refuge, les hospitalisations et autres, le coût net est relativement faible en regard des bénéfices réalisés. Une période de suivi de recherche qui se serait échelonnée sur plus de deux ans aurait permis de mesurer l'ampleur de la croissance ou de la décroissance de l'effet de compensation des coûts. Certains résultats indiquent toutefois que cet effet augmenterait au fil du temps : les analyses des données qualitatives portent à croire que la trajectoire de vie de la plupart des participants des groupes Logement d'abord allait en s'améliorant. Alors que leur vie « rentre dans l'ordre », l'intensité de services qu'ils requièrent diminue. En effet, leur état de santé mentale et/ou physique se stabilise ou s'améliore. Quelques-uns deviennent ou redeviennent aptes à réintégrer le marché du travail : non seulement n'ont-ils alors plus besoin de recevoir de l'aide sociale ou d'autres prestations d'invalidité, mais ils apportent une contribution sociale et économique grâce à leur emploi. Des suivis de recherche étendus sur une plus longue période permettraient de recueillir plus d'informations à propos des tendances sur les coûts, la qualité de vie et la stabilité résidentielle.

Le modèle d'intervention Logement d'abord s'est révélé efficace : comparativement aux groupes recevant les services habituels, un pourcentage beaucoup plus élevé de participants des groupes Logement d'abord se sont installés dans un logement correspondant à leurs préférences pour l'occuper de façon stable.

Quel impact le projet Chez Soi devrait-il avoir sur l'orientation des politiques sur l'itinérance à Montréal? Trois éléments majeurs peuvent être avancés :

1 L'accès à des programmes d'intervention Logement d'abord – similaires à ceux développés par Pathways to Housing à New York et au projet Chez Soi – devrait être accru. Si de tels programmes étaient appliqués à grande échelle, le nombre de personnes en situation d'itinérance chronique à Montréal diminuerait fortement. Cette implication générale en soulève à son tour deux plus précises :

- a) Le nombre de suppléments au loyer devrait être augmenté du fait que la plupart des participants préfèrent être logés dans des appartements issus du marché privé et que la présente recherche démontre qu'ils peuvent y vivre avec succès. De nombreuses revendications pour un plus large accès aux logements sociaux se font actuellement entendre à Montréal. Bien que l'étiquette « logement social » recouvre un grand nombre de réalités, un des constats de cette recherche est qu'il est possible (voire désirable du point de vue des personnes itinérantes), efficace et économiquement justifié *d'élargir* la notion de « logement abordable », pour qu'elle inclue *également* les suppléments au loyer, utilisés de pair avec le soutien d'équipes cliniques mobiles, à l'instar du projet Chez Soi.
- b) Des services de formation et de consultation devraient être développés afin de garantir le plus haut niveau de fidélité des nouveaux programmes Logement d'abord. En effet, comme le relève le rapport du projet pancanadien Chez Soi, et de façon cohérente avec les résultats contenus dans le présent rapport, un niveau de fidélité élevé au modèle Logement d'abord est associé à de meilleurs résultats au plan de la qualité de vie et de la stabilité résidentielle.

Les résultats présentés dans le présent rapport confirment ce qui est maintenant largement reconnu dans d'autres provinces : le modèle Logement d'abord doit être considéré comme l'une des composantes essentielles d'une approche systémique visant à enrayer l'itinérance (Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance, ACMFI).

2 Des recherches additionnelles devraient être menées afin d'accroître l'efficacité du programme Logement d'abord pour les participants dont les trajectoires de vie n'ont pas été influencées par le programme.

3 Les participants ont exprimé leur appréciation positive de certains aspects des services du projet Chez Soi : un accès immédiat au logement, les suivis à long terme des équipes cliniques SIV et SI, une approche exempte de jugement moral, la responsabilisation et l'autonomie accordée aux participants. Les participants reconnaissent et appréciaient aussi ces aspects dans plusieurs services existants. Ce sont là des caractéristiques de l'approche centrée sur le rétablissement que l'ensemble du système de santé mentale est maintenant convié à adopter. Vue sous cet angle, la contribution la plus générale du projet Chez Soi est de faire ressortir l'intérêt, pour les services habituels qui ne l'ont pas déjà fait, d'adopter résolument une approche centrée sur le rétablissement.

BIBLIOGRAPHIE

Canadian Alliance to End Homelessness (2012). *A Plan, Not a Dream: How to End Homelessness in 10 years*. Consulté de : http://www.caeh.ca/wp-content/uploads/2012/04/APlan-Not-a-Dream_Eng-FINAL-TR.pdf

Dorvil, H., et Boucher Guèvremont S. (2013). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au Projet Chez Soi à Montréal*. École de travail social, Université du Québec à Montréal (UQAM).

Fleury, M. J., Grenier, G., Lesage, A., Ma, N., et Ngui A. N. (sous presse). Network collaboration of organizations for homeless individuals in the Montreal Region. *International Journal of Integrated Care*.

Frankish, C. J., Hwang, S. W., et Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada. *Canadian journal of public health*, 96(2), 23-29.

McAll, C., Lupien P-L., Rode A. et Gutiérrez M. (2012). *Chez soi: Projet de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance de Montréal: Premier rapport sur les récits de vie*. CREMIS.

McAll, C., Lupien P-L., Gutiérrez M., Fleury A., Robert A., et Rode A. (2013). *The impact of the Montreal At-Home project after 18 months, from the participants' point of view*. CREMIS.

Montpetit, C. (20 avril 2012). L'itinérance explose à Montréal. *Le Devoir*. Consulté de : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/347973/l-itinerance-explose-a-montreal>

MSSS (2008). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*. Consulté de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>.

RAPSIM (2010). *Bilan des activités 2009-2010*. Consulté de : http://www.rapsim.org/docs/Bilan_FIN%20sans%20image%20SW.pdf.

RAPSIM (2013). *Bilan des activités 2012-2013*. Consulté de : <http://www.rapsim.org/docs/Bilan%20des%20activit%C3%A9s%202012-13.pdf>

ANNEXE 1

ADMISSIBILITÉ

Critères d'inclusion

- 18 ans ou plus.
- En situation d'itinérance absolue ou logé dans des conditions précaires*.
- Présence d'une maladie mentale grave accompagnée ou non d'abus de substances, maladie évaluée au bref entretien neuropsychiatrique (MINI)² en fonction des critères diagnostiques de la classification des maladies DSM IV¹ au moment du recrutement.

Critères d'exclusion

- Client d'un programme SIV ou SI.
- Pas de statut légal en tant que citoyen canadien, résident permanent, réfugié ou demandeur d'asile.
- Personne relativement itinérante*.

Niveau de besoins

Besoins élevés

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

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

- La réponse OUI (ne sais pas ou pas de réponse) à l'item 22 du questionnaire sur les renseignements démographiques et les antécédents en matière d'utilisation de services et de logement (indicateur de démêlés avec la justice).

Besoins modérés

- Tous ceux qui satisfont les critères d'inclusion, mais pas ceux énumérés pour les besoins élevés.

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

Itinérance absolue

L'itinérance désigne l'absence d'un abri physique déterminé selon la définition (simple) de l'itinérance absolue des Nations Unies, laquelle s'applique aux personnes qui vivent à la dure dans des endroits publics ou privés qui ne sont pas prévus pour cela tels que la rue, un parc, la plage, une entrée de porte, un véhicule, un immeuble désaffecté, un garage, ainsi qu'aux personnes dont la principale résidence la nuit est un refuge supervisé d'urgence privé ou public (par exemple, un refuge)³. Plus précisément, être itinérant signifie ne pas avoir de lieu fixe où demeurer pendant plus de sept nuits et avoir peu d'espoir de trouver où se loger le mois prochain⁴ ou sortir d'un établissement, de prison, d'un centre de détention ou d'un hôpital sans avoir d'adresse fixe.

Logé dans des conditions précaires

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

RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE 1

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd., texte rév.). Washington, DC.
2. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiler E., Hergueta T, Baker R., Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 (suppl. 20) : 22-33.
3. Gender differences in legal involvement among homeless shelter users. *Int J of Law and Psychiatry* 2001;24 : 583e93. There are gender differences in legal involvement among homeless shelter users.

Itinérance relative

L'itinérance relative désigne le fait d'être logé dans une habitation qui ne correspond pas aux normes élémentaires, dont : (1) le fait de demeurer dans un lieu surpeuplé ou dangereux; (2) le fait d'être à risque d'itinérance, lorsque l'on réside chez un ami ou un proche de manière temporaire et imprévue (cohabitation, coucher tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, par exemple); (3) le fait d'être en situation de transition comme la femme ou le jeune qui se réfugient dans une maison de transition ou un centre accueillant les victimes de violence familiale; (4) le fait d'être temporairement dépourvu d'un toit pour cause de catastrophe tel un incendie, de difficultés financières ou personnelles, telle une séparation ou la perte de l'emploi et (5) le fait de résider dans un établissement de soins de longue durée.

³La définition des Nations Unies englobe les personnes en situation de transition qui résident dans une maison de transition ou un foyer (hostel). Pour les besoins du projet, nous excluons ce groupe de notre définition.

⁴Définition tirée de Tolomiczenko G. et Goering P.3

Maladie mentale grave

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

Stabilité résidentielle

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

ANNEXE 2

PRINCIPAUX INSTRUMENTS D'ÉVALUATION ET MOMENTS D'ADMINISTRATION

	ADMISSION À L'ÉTUDE	AUX TROIS MOIS	AUX SIX MOIS	21 ^e /24 ^e MOIS*
Variables démographiques	★			
Historique relativement au logement, au travail et à l'utilisation de services	★			
Comorbidité physique	★			
Questionnaire rétrospectif sur les lieux de résidence, le travail et les revenus		★	★	★
Santé mentale et abus de substances (Colorado Symptom Index, GAIN, VMAP 2)	★		★	★
Santé et qualité de vie reliée à la santé (SF-12, EQ-5D)	★		★	★
Qualité de vie générale (Lehman QoL-20)	★		★	★
Soutien social	★		★	★
Rétablissement (Recovery assessment scale)	★			★
Fonctionnement dans la communauté (Multnomah Community Ability Scale, MCAS)	★		★	★
Utilisation de services de santé, services sociaux et services liés au système judiciaire			★	★
Alliance Working alliance (Provider and participant versions)			★	★
Troubles cognitifs	À l'entrevue du 6 ^e mois			★

*L'entrevue finale a eu lieu environ 24 mois suivant l'entrevue initiale pour environ 55 p. 100 des participants recrutés au début de l'étude. Pour réduire le coût de l'étude, l'entrevue finale s'est faite environ 21 mois après l'entrevue initiale pour les participants qui restaient.

ANNEXE 3

Précisions concernant les analyses économiques

Les analyses économiques s'inscrivent dans la perspective sociétale. Par des questionnaires sur les services et l'hébergement, nous avons pu évaluer l'utilisation d'une vaste gamme de services ainsi que le revenu de diverses sources. Nous avons estimé les coûts unitaires (le coût moyen d'une visite aux urgences, celui d'une arrestation, celui d'une nuitée dans un refuge, par exemple) dans chacune des villes selon les données disponibles les plus solides. C'est ainsi que nous avons calculé, pour le site de Montréal, environ 140 coûts unitaires distincts. Dans bien des cas, nous avons communiqué avec les pourvoyeurs de services pour consulter et interpréter avec leur aide leurs rapports financiers et d'activités. Lorsque, dans ces dépenses, un programme utilisait des fonds provenant du secteur privé ou public, nous avons tenu compte de cet apport financier afin d'obtenir le plein coût de la prestation des services en question du point de vue de la société. Nous englobons également les prestations d'aide sociale et d'invalidité, car elles représentent des coûts que la société doit assumer pour que des personnes itinérantes participent au programme à l'étude et à d'autres programmes de logement offerts²¹. Nous soustrayons le revenu d'emploi des coûts globaux car ce revenu représente la valeur de la contribution de la personne à la société. Pour tous les services, nous avons tenu compte du coût en capital. Les coûts sont exprimés en dollars canadiens de l'exercice 2010-2011. Nous n'avons pas appliqué de taux d'actualisation en raison de la période de suivi de deux ans seulement.

²¹ Weisbrod BA, Test MA, Stein LI: Alternative to Mental Hospital Treatment: II. Economic Benefit-Cost Analysis. Archives of General Psychiatry 37 : 400-5, 1980

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

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

www.commissionsantementale.ca

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

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



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada