



RAPPORT FINAL DU SITE DE MONCTON

Projet Chez Soi



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

PROJET CHEZ SOI - RAPPORT FINAL DU SITE DE MONCTON

Ce rapport a été préparé par une petite équipe composée de Jimmy Bourque, Jennifer Volk, Stefanie Leblanc, Danielle Nolin et Jonathan Jetté et dirigée par Tim Aubry. Nous tenons à souligner la contribution des participants du projet Chez Soi qui ont bien voulu partager avec nous au sujet de ce qu'ils ont vécu. Leur témoignage s'est révélé essentiel au projet. Nous remercions tout particulièrement Joanne Pettipas et Gerry Francis qui ont apporté leur contribution tout au long du projet.

Nous remercions aussi Jayne Barker (2008 à 2011), Cameron Keller (2011 et 2012) et Catharine Hume (2012 à aujourd'hui), l'équipe de direction du projet Chez Soi à l'échelle nationale de la Commission de la santé mentale du Canada, Paula Goering, directrice de cette équipe, Claudette Bradshaw, coordonnatrice du projet à Moncton, l'équipe responsable du projet à Moncton, l'équipe du volet d'intervention de Moncton, le personnel du Centre de recherche et de développement en éducation de l'Université de Moncton et le Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires de l'Université d'Ottawa ainsi que les personnes ayant un vécu expérientiel qui ont contribué à ce projet et à cette étude.

Enfin, c'est avec gratitude que nous soulignons la contribution de l'organisme Centraide de la région de Moncton, des organismes à but non lucratif de la collectivité, des propriétaires immobiliers de la région de Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick, du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, du réseau de santé Horizon, du Réseau de santé Vitalité, du ministère du Développement social, du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et du ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, de la Gendarmerie royale du Canada et de Service correctionnel Canada.

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

This document is also available in English.

CITATION

Citer comme suit : Aubry, T., Bourque, J., Volk, J., Leblanc, S., Nolin, D., et Jetté, J. (2014). *Projet Chez Soi - Rapport final du site de Moncton*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Paraît à : <http://www.commissionsantementale.ca>

TOUS DROITS RÉSERVÉS

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

PROJET CHEZ SOI | RAPPORT FINAL DU SITE DE MONCTON

TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux	5
Résumé	6
Chapitre 1 - Introduction	9
Contexte et milieu urbain	9
Chapitre 2 - Description du programme Logement d'abord mis en œuvre à Moncton	10
Suivi intensif dans le milieu	10
Logement avec supplément au loyer	11
Chapitre 3 - Caractéristiques des participants	12
Échantillon de Moncton	12
Différences par rapport aux caractéristiques de l'échantillon national	13
Caractéristiques du groupe rural	13
Chapitre 4 - Résultats relatifs au logement	15
Site de Moncton	15
Volet rural	15
Chapitre 5 - Résultats relatifs à l'utilisation des services	17
Chapitre 6 - Résultats relatifs aux coûts	18
Chapitre 7 - Impact sur le plan social et sur la santé	19
Comparaison du groupe d'intervention et du groupe témoin à Moncton	19
Chapitre 8 - Autres conclusions	20
Résultats qualitatifs pour le site de Moncton	20
Résultats qualitatifs du volet rural	21
Évaluations de la fidélité	21
Résultats de l'évaluation de la mise en place de logements supervisés par des pairs-aidants	22
Résultats des entrevues avec les partenaires de la communauté à Moncton et en milieu rural	22

PROJET CHEZ SOI | RAPPORT FINAL DU SITE DE MONCTON

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 9 - Incidence d'ordre pratique et politique.....	24
Références.....	26
Annexes.....	27
Annexe A.....	27
Annexe B.....	29
Annexe C.....	30
Annexe D.....	33
Annexe E.....	35
Annexe F.....	37

MESSAGES PRINCIPAUX

DU PROJET CHEZ SOI À MONCTON

1

Le modèle Logement d'abord peut être mis en œuvre dans de petits centres urbains et en région rurale. L'étude menée à Moncton a porté sur la mise en œuvre du modèle Logement d'abord (*Housing First*) dans un petit centre urbain et en milieu rural. Moncton est un centre urbain bilingue de 139 000 habitants qui croît rapidement et où l'itinérance est peu visible. À Moncton, un échantillon de 210 personnes (composé de 35 p. 100 de femmes) a été recruté. Plus de la moitié des participants étaient d'âge mur. La plupart sont nés au Canada, 4 p. 100 sont Autochtones et 3 p. 100 ont signalé appartenir à un autre groupe ethnoculturel. Dans une proportion de 56 p. 100, les participants étaient en situation d'itinérance absolue au moment de l'admission. En moyenne, les participants avaient connu une période d'itinérance de plus de quatre ans au cours de leur vie. Tous présentaient un trouble mental (23 p. 100 de trouble psychotique, 86 p. 100 de trouble non psychotique et 73 p. 100 de trouble relié à la consommation de substances intoxicantes). La plupart des participants manifestaient plus d'un trouble et la plupart présentaient un problème de consommation de substances intoxicantes concomitant.

2

Dans ce contexte, l'approche Logement d'abord est efficace pour mettre fin à l'itinérance. Le pourcentage d'occupation d'un logement a été, tout au long du projet, systématiquement plus élevé (> 85 p. 100) chez les participants du volet d'intervention que chez les participants du groupe témoin ayant reçu les services habituels. Durant les six derniers mois de l'étude, 74 p. 100 des participants du volet d'intervention occupaient un logement de façon stable contre 30 p. 100 chez ceux du groupe témoin. La qualité des logements (appartement et immeuble confondus) était similaire dans l'ensemble du groupe d'intervention, comparativement au groupe témoin, et la qualité des appartements du groupe d'intervention variait beaucoup moins que celle des appartements du groupe témoin. Les conclusions du volet de l'étude mené à Moncton révèlent que l'approche Logement d'abord peut se révéler efficace dans les régions rurales quand il s'agit d'opérer une transition entre un foyer, un milieu familial, la rue ou l'occupation précaire d'un logement et le fonctionnement autonome. Les résultats observés en milieu rural se comparent à ceux obtenus en milieu urbain.

3

Le modèle Logement d'abord a diminué l'utilisation des services dans l'ensemble. Chez les deux groupes, l'utilisation des services a diminué durant l'étude. Après 24 mois, cependant, le groupe d'intervention recevait plus souvent la visite de pourvoyeurs de services que le groupe témoin. Cependant, les participants du groupe témoin rendaient plus fréquemment visite aux fournisseurs de services, aux cliniques externes et aux centres de jour.

4

Au-delà de la stabilité résidentielle, le modèle Logement d'abord favorise la qualité de vie et génère d'autres changements positifs. Le modèle Logement d'abord produit un effet positif sur la qualité de vie perçue. Le groupe d'intervention a signalé davantage d'améliorations importantes quant à cet aspect que le groupe témoin durant l'étude. Les deux groupes ont affiché le même degré d'amélioration relatif au fonctionnement dans la communauté. Dans les deux groupes, à l'occasion d'entrevues de type qualitatif menées avec un échantillon réduit de participants (n = 42), la majorité des participants du groupe d'intervention (60 p. 100) a signalé avoir expérimenté un changement de vie positif. En revanche, une minorité de participants du groupe témoin (30 p. 100) a jugé avoir effectué un cheminement positif depuis l'admission.

5

Le modèle Logement d'abord représente un bon investissement. Sur une base annuelle, le programme fondé sur le modèle Logement d'abord a coûté en moyenne 20 771 dollars par personne. Au cours de la période de deux ans, chaque tranche de 10 dollars investie dans le programme s'est traduite par des économies moyennes de 7,75 dollars en ce qui a trait aux services sociosanitaires et judiciaires, lesquelles ont découlé de la réduction des hospitalisations, des visites aux centres de services locaux et des séjours en centre de désintoxication.

6

Le soutien par les pairs-aidants peut améliorer la situation des usagers ayant des besoins particuliers. Un projet pilote de logement supervisé par des pairs-aidants mis à l'essai a montré qu'une telle initiative s'avère efficace à titre de plan de rechange chez les individus qui n'arrivent pas à se loger de façon stable au sein du programme.

7

L'approche Logement d'abord est un excellent choix en ce qui concerne les pratiques et les politiques. L'étude menée à Moncton montre la faisabilité et l'utilité de mettre en œuvre le modèle Logement d'abord dans de petits centres urbains du Canada et en milieu rural. Elle révèle aussi qu'il suffit de déployer quelques ressources nettes supplémentaires pour l'implanter dans de petits centres urbains du Canada quand on tient compte des économies réalisées en matière de services sociosanitaires et de justice.

RÉSUMÉ

DU PROJET CHEZ SOI À MONCTON

Mise en œuvre du programme

Le projet Chez Soi a été conçu en vue d'établir les paramètres d'efficacité, les coûts et les environnements propices au modèle Logement d'abord. L'étude menée à Moncton a fait intervenir un groupe d'intervention et un groupe témoin ayant reçu les traitements habituels, constitués des approches et des services préexistants dans la région, dans un petit centre urbain et en milieu rural. Le volet d'intervention comportait un suivi intensif dans le milieu (SIM) assuré auprès de personnes ayant des besoins modérés ou élevés. Moncton est un centre urbain bilingue de 139 000 habitants qui croît rapidement et qui compte moins de personnes itinérantes en proportion que dans les grands centres. Ce document s'appuie sur les conclusions du rapport national et présente plus en détail celles de l'étude menée à Moncton ainsi que les implications sur le plan des pratiques et des politiques locales.

Participants à Moncton

Au total, 201 personnes ont été réparties de façon aléatoire dans le groupe d'intervention (n = 100) et dans le groupe témoin (n = 101). Près des deux-tiers des participants étaient d'âge mûr (67 p. 100 avaient 35 ans ou plus) et la proportion d'hommes était prédominante (65 p. 100). Presque tous les participants (99 p. 100) sont nés au Canada. Dans une proportion de 4 p. 100, les participants ont indiqué qu'ils sont Autochtones et 3 p. 100 ont signalé appartenir à un autre groupe ethnoculturel. Seulement 4 p. 100 des participants sont mariés ou vivent en union de fait. Dans une proportion de 37 p. 100, ils ont des enfants (dont très peu vivent avec eux). Quelque 5 p. 100 des participants ont assuré un service en temps de guerre. De nombreux facteurs sont à l'origine des problèmes que ces personnes ont vécus. Par exemple, 58 p. 100 des participants n'ont pas terminé leurs études secondaires et 15 p. 100 ont indiqué que leurs revenus du mois précédent étaient inférieurs à 300 dollars. Bien que 91 p. 100 étaient sans emploi au moment de l'admission, 69 p. 100 ont travaillé sans interruption auparavant, ce qui laisse présumer qu'il est possible que les participants puissent réintégrer le marché du travail une fois leur situation stabilisée en matière de logement. La plupart des participants recrutés provenaient de refuges ou de la rue. Quelque 56 p. 100 étaient en situation d'itinérance absolue et 44 p. 100 occupaient un logement de façon précaire. Un des participants a été en situation d'itinérance durant vingt-cinq ans, ce qui constitue la période d'itinérance la plus longue. La durée moyenne de l'itinérance de l'ensemble des participants était de quatre ans. À leur admission, les participants ont signalé ressentir des symptômes concordant avec la présence des troubles suivants : troubles psychotiques (23 p. 100), troubles non psychotiques (86 p. 100) et troubles reliés à la consommation de substances intoxicantes (73 p. 100). Plus de 60 p. 100 des participants étaient aux prises avec un problème de santé mentale et de consommation de substances intoxicantes. En ce qui concerne l'érosion de l'échantillon au fil du temps, 83 p. 100 des participants ont fait l'objet d'un suivi à l'issue de la deuxième année de l'étude (90 p. 100 provenaient du groupe d'intervention et 75 p. 100 du groupe témoin).

Participants en milieu rural

À leur admission, les participants du volet rural soit vivaient dans un foyer ou dans la famille, soit étaient en situation de logement précaire ou absolue. Vingt-quatre participants appartenant au groupe d'intervention ont fait l'objet d'un suivi intensif dans leur localité du sud-est du Nouveau-Brunswick. Ce groupe a ensuite été apparié à un groupe composé de dix-neuf participants du groupe témoin qui ont continué à recevoir les services habituels. L'échantillon en milieu rural se compose principalement d'hommes (72 p. 100) et de participants francophones (79 p. 100) dont l'âge moyen est de 38 ans. La plupart des participants n'ont jamais été en situation d'itinérance telle qu'elle est définie dans cette étude. Comme dans le groupe de Moncton, la majorité des participants (60 p. 100) n'ont pas terminé leurs études secondaires. En revanche, seulement 67 p. 100 n'avaient pas d'emploi à leur admission, pourcentage nettement inférieur à celui de Moncton. À l'admission, 30 p. 100 ont signalé éprouver des symptômes concordant avec la présence de troubles psychotiques. Les troubles associés à la consommation de substances intoxicantes étaient substantiellement moins présents en milieu rural, ceux-ci affectant seulement 35 p. 100 des participants. De même, seulement 30 p. 100 des participants ont éprouvé des problèmes liés à la consommation d'alcool.

Conclusions relatives au groupe de Moncton

Résultats sur le plan de l'occupation d'un logement

Tout au long du déroulement de l'étude, le pourcentage de stabilité résidentielle a été supérieur chez les participants du groupe d'intervention. Le temps d'occupation stable d'un logement dans ce groupe est demeuré élevé et constant (85 p. 100) durant l'étude. Près des trois-quarts (73 p. 100) des participants du groupe d'intervention étaient logés sans interruption durant les six derniers mois de l'étude, comparativement à 31 p. 100 dans le groupe témoin. La qualité des logements (appartement et immeuble confondus) était comparable dans l'ensemble du groupe d'intervention, contrairement au groupe témoin, et la qualité des appartements du groupe d'intervention variait beaucoup moins que celle des appartements du groupe témoin.

Résultats sur le plan sociosanitaire

Bien que les deux groupes aient obtenu des scores similaires à l'issue de l'entrevue initiale, les réponses à un outil d'auto-évaluation révèlent que, dans l'ensemble, la qualité de vie du groupe d'intervention s'est davantage améliorée que celle du groupe témoin. Plus précisément, la qualité de vie en ce qu'elle concerne le sentiment de sécurité, les loisirs, les conditions de vie et les finances était plus élevée dans le groupe d'intervention. Dans les deux groupes, le fonctionnement en société n'a pas changé, même après vingt-quatre mois. À noter que ce paramètre a été évalué par un observateur et non par les participants eux-mêmes.

Résultats sur le plan de l'utilisation des services

Dans les deux groupes, l'utilisation de services a eu tendance à diminuer au fil du temps. Tout au long du déroulement de l'étude, la fréquence des visites à l'urgence a été presque identique dans les deux groupes. Les conversations téléphoniques avec des pourvoyeurs de services et les visites aux banques alimentaires ont été faites en nombre plus élevés par les participants du groupe d'intervention au sixième et au douzième mois mais ce nombre s'est stabilisé au vingt-quatrième mois pour s'apparenter à celui du groupe témoin. Cela dit, au vingt-quatrième mois, les participants du groupe témoin avaient plus souvent rendu visite à un pourvoyeur de services ou à une clinique externe.

Résultats sur le plan des coûts

Les interventions ont coûté en moyenne 20 771 dollars par personne annuellement. Ces coûts incluent le salaire du personnel de première ligne et des superviseurs, les dépenses additionnelles engagées pour le programme telles que les frais de déplacement, de location, de matériel et autre ainsi que les suppléments de loyer. Durant la période de suivi, on a observé dans le groupe d'intervention une diminution de l'utilisation des services se chiffrant à 16 089 dollars en moyenne. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services a permis de réaliser des économies moyennes de 7,75 dollars. Les économies se répartissent ainsi : visites au cabinet de centres de santé locaux ou à d'autres pourvoyeurs de services (8 473 dollars par personne annuellement), hospitalisations dans des unités de services médicaux d'hôpitaux généraux (4 220 dollars par personne annuellement) et séjours en centre de désintoxication (2 731 dollars par personne annuellement). Sur le plan des coûts, d'autres économies et augmentations totalisent moins de 1 000 dollars par personne annuellement.

Conclusions relatives au volet en milieu rural

La totalité des participants du volet en milieu rural (groupe d'intervention et groupe témoin) occupaient un logement de façon stable dans les trois premiers mois de l'étude. Après dix-huit mois, les participants du groupe d'intervention occupaient un logement de façon stable 80 p. 100 du temps. En proportion, les participants du groupe témoin occupaient un logement de façon stable 84 p. 100 du temps. Dans l'ensemble, la qualité de vie des participants du groupe d'intervention et du groupe témoin n'a pas changé durant toute la durée de l'étude, soit dix-huit mois. Les deux groupes ont aussi manifesté des besoins similaires et élevés quant au fonctionnement en société durant cette période.

Autres conclusions

Évaluation de la fidélité au modèle

Les évaluations du programme mis en place à Moncton (en centre urbain et en milieu rural) révèlent un taux de fidélité élevé au modèle Logement d'abord. Deux évaluations ont été effectuées à Moncton, soit en août 2010 et en janvier 2012. On a jugé que le programme concordait avec la philosophie et aux pratiques du modèle Logement d'abord en ce qui a trait au rétablissement.

Conclusions de type qualitatif relatives au volet de Moncton

À Moncton, des entrevues de type qualitatif ont été menées auprès de dix participants du groupe d'intervention et dix autres du groupe témoin à l'admission puis au dix-huitième mois (huit participants du groupe d'intervention et huit autres du groupe témoin). Dans l'ensemble, les participants du groupe d'intervention se sont montrés plus positifs que ceux du groupe témoin en ce qui concerne notamment la perception d'une amélioration dans leur vie et un sentiment de confiance face à l'avenir. Les participants du groupe d'intervention ont attribué les améliorations à leur qualité de vie survenues au cours de l'étude au fait qu'ils aient eu droit à la fois à un logement et à des services. Ils ont jugé que la diversité des services réguliers et l'accès à ces derniers leur ont permis de mener une vie plus équilibrée et d'atteindre des objectifs particuliers comme ne plus consommer de drogues, retourner aux études ou préparer un budget. À l'inverse, les participants du groupe témoin qui ont reçu un logement sans toutefois bénéficier de services constants ont éprouvé des difficultés importantes et constantes associées à leur maladie mentale. D'autres participants du groupe témoin, qui n'occupaient pas de logement de façon stable mais qui recevaient des services, ont eu de la difficulté à améliorer leur situation.

Conclusions de type qualitatif relatives au volet en milieu rural

En milieu rural, des entrevues de type qualitatif ont aussi été menées auprès de onze participants du groupe d'intervention et de onze autres du groupe témoin à l'admission puis au dix-huitième mois (huit participants du groupe d'intervention et huit autres du groupe témoin). Dans l'ensemble, les participants du groupe d'intervention ont manifesté un meilleur rétablissement que ceux du groupe témoin. La plupart des participants du groupe d'intervention ont semblé avoir signalé une amélioration entre la première entrevue et la dernière, contrairement aux participants du groupe témoin qui n'ont signalé aucune amélioration. Les participants du groupe d'intervention ont indiqué avoir ressenti une plus grande autonomie, s'être approprié un pouvoir d'agir et entrevoir de meilleures perspectives d'avenir. À l'inverse, les participants du groupe témoin qui se portaient bien au début de l'étude se portaient tout aussi bien à la fin et ceux qui éprouvaient des difficultés au début peinaient tout autant à la fin de la période de suivi. En général, bon nombre des participants du groupe témoin ont semblé se trouver dans un état précaire au cours du déroulement de l'étude se traduisant par une dépendance constante envers les services sociosanitaires.

Projet pilote de logements supervisés par des pairs-aidants

Le volet de Moncton a mis en œuvre un projet de logements supervisés par des pairs-aidants à l'intention des participants qui, en dépit des interventions menées, n'ont pas réussi à occuper un logement de façon stable au cours de la première année. Les conclusions d'une évaluation de la mise en œuvre de ce projet révèlent qu'un cadre d'intervention plus structuré peut aider les personnes ayant des besoins particuliers à se loger de façon stable. Ce projet a connu un certain nombre de difficultés dont la plupart semble être résolues.

Répercussions sur la pratique et les politiques

Les conclusions du volet de Moncton démontrent la faisabilité et l'utilité des interventions basées sur le modèle Logement d'abord dans de petits centres urbains du Canada et en milieu rural. Les résultats de l'étude obtenus à la suite d'une période relativement courte en matière de logement et de qualité de vie permettent de penser que ces interventions peuvent servir de levier à l'intégration sociale des personnes ayant une maladie mentale grave et persistante qui ont vécu en marge de la société durant de longues périodes. Les conclusions du volet de Moncton démontrent aussi que le coût de ces interventions est compensé par des économies dans les services sociosanitaires et de justice, si bien qu'elles ne nécessitent qu'un investissement relativement modeste en termes de ressources nettes dans les petits centres urbains du Canada.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Contexte et milieu urbain

Le site de Moncton englobe le Grand Moncton, notamment les villes de Moncton, Dieppe et Riverview. En 2011, la population du Grand Moncton était d'environ 139 000 habitants, après une croissance de 9,7 p. 100 entre 2006 et 2011 (Ville de Moncton, 2011).

L'emplacement du volet rural du site de Moncton était situé dans la région sud-est de la province du Nouveau-Brunswick, principalement dans les comtés de Kent et de Westmorland. Cette région était située à environ une heure de route du Grand Moncton et couvrait une superficie d'environ 2 000 kilomètres carrés, incluant Shediac, et allant au sud jusqu'à Cap Pelé et au nord jusqu'à Richibucto. Cette région regroupe un large éventail de municipalités et de secteurs de service dont la population va de quelques centaines à quatre ou cinq mille habitants. Quelque 40 000 personnes vivent dans cette région rurale du sud-est de la province.

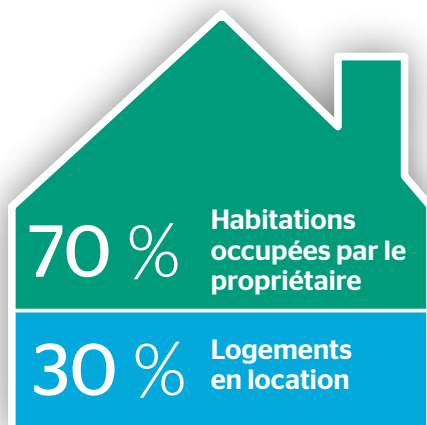
Dans le Grand Moncton, environ 70 p. 100 des logements sont occupés par leur propriétaire et 30 p. 100 par des locataires. Pour ce qui est des besoins impérieux de logement, on observe des améliorations notables depuis 1991 sur les plans de l'abordabilité, de la qualité et de la taille. Plus précisément, le pourcentage de logements



loués correspondant à la définition de « besoins impérieux de logement »¹ a diminué de 33 à 25 p. 100 en dix ans, entre 1991 et 2001 (Ressources humaines et Développement social Canada, 2007). Le taux d'inoccupation dans la région a varié durant l'étude de 3,8 p. 100 (2009) à 9,1 p. 100 (2012) (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2013).

Il y a eu de légères améliorations au chapitre de l'aide au revenu et du salaire minimum. L'une des principales lacunes réglementaires continuant d'affecter les conditions de vie de nombreux locataires est l'absence de normes provinciales pour réglementer la sécurité et

la qualité des maisons d'hébergement et des pensions de famille. La cadre d'évaluation du plan communautaire du Grand Moncton (Ressources humaines et Développement social Canada, 2007) recensait quelque 15 500 individus à risque d'itinérance dans le Grand Moncton. Il déterminait que ces personnes vivaient dans des logements locatifs de qualité inférieure (en besoin impérieux de logement) et subissaient des contraintes financières importantes affectant leur revenu consacré au logement et à leur subsistance (environ 50 p. 100 du revenu est consacré au logement). D'après les sources de données existantes fournies par des refuges d'urgence, on estime qu'en 2011, plus de 700 personnes étaient itinérantes et vivaient dans des refuges à Moncton (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2012).



Le logement dans la région du Grand Moncton

Amélioration : Entre 1991 et 2001, la proportion de logements loués répondant à la définition de « besoins impérieux de logement » a diminué de 33 à 25 %.

¹ On dit d'un ménage qu'il éprouve des besoins impérieux de logement si son logement ne répond pas aux normes établies d'abordabilité, de qualité et de taille, et qu'il devrait consacrer plus de 30 p. 100 de son revenu avant impôt pour payer le loyer médian d'un logement de remplacement répondant à ces normes dans la région (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2007).

CHAPITRE 2

DESCRIPTION DU PROGRAMME LOGEMENT D'ABORD MIS EN ŒUVRE À MONCTON

La principale intervention pour le site de Moncton a pris la forme d'un programme s'appuyant sur le modèle Logement d'abord (*Housing First*) modelé sur l'approche Pathways to Housing créée à l'origine à New York (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel et Tsemberis, 2005; Tsemberis, 1999; Tsemberis, 2010; Tsemberis et Eisenberg, 2000; Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2004). L'intervention a conjugué suivi intensif dans le milieu (SIM) et logement subventionné dans le marché locatif privé.

Suivi intensif dans le milieu

La population cible du suivi intensif dans le milieu (SIM) sur le site de Moncton était constituée de personnes ayant des problèmes de santé mentale persistants et présentant des besoins modérés ou élevés, comme le définissent les critères de l'étude pancanadienne. L'objectif du SIM était de fournir aux participants les traitements, la réadaptation ou les services de soutien nécessaires pour faciliter leur fonctionnement efficace dans la communauté.

Les membres de l'équipe du volet SIM étaient des employés des deux régies régionales de la santé, Horizon et Vitalité. Pour certains postes, il a fallu muter des employés à l'intérieur des régies de la santé, détacher des employés d'autres ministères de la fonction publique ou embaucher de nouveaux employés. Le niveau de dotation a été fixé à 10 postes équivalent temps plein de différents secteurs de la santé mentale : une infirmière praticienne, des infirmières spécialisées en psychiatrie, un ergothérapeute, un conseiller en économie domestique, un travailleur social, un médecin directeur des soins cliniques, un conseiller en orientation et des psychiatres consultants. L'équipe

comprenait également des pairs-aidants, soit des personnes ayant un vécu expérientiel de maladie mentale et de la toxicomanie, et un chef d'équipe formé en réadaptation psychiatrique disponible pour fournir, au besoin, des services cliniques aux participants.

L'équipe du volet SIM a offert un suivi clinique à cent participants de la région du Grand Moncton. Pour les services de type SIM, le ratio était de dix participants par employé, ce qui correspond à la norme pour de tels services. Ce ratio permet de dispenser des services intensifs. Les employés du volet SIM ont collaboré et se sont épaulés mutuellement pour prodiguer les services quotidiens aux participants. Ce travail en équipe incluait le partage de rôles communs et l'interchangeabilité fonctionnelle pour l'exécution des activités de planification de cas et de prestation de services, dans le respect des champs de spécialisation et des limites associées aux compétences professionnelles. Tous les membres de l'équipe avaient des responsabilités quant à la participation à la prestation des services de base, y compris l'approche et la mobilisation des participants, le dépistage et

l'évaluation globale, le traitement clinique et le counseling, la gestion et l'évaluation de cas, la collaboration et la consultation des services communautaires et la gestion des dossiers.

En outre, deux pourvoyeurs de services en milieu rural situés à la clinique de santé mentale de Shediac (ville de 6 053 habitants située non loin de Moncton) ont travaillé en étroite collaboration avec l'équipe du volet SIM de Moncton. Les pourvoyeurs de services en milieu rural ont pris en charge vingt-quatre participants vivant dans la région du sud-est du Nouveau-Brunswick. Avant d'être admis aux services du pourvoyeur en milieu rural, les participants vivaient dans des foyers spécialisés, avec leur famille ou dans des maisons d'hébergement, ou étaient en situation d'itinérance. À leur admission au programme, les participants de la région rurale ont déménagé dans leur propre logement pour vivre de façon autonome dans des logements dispersés.

Il était prévu que le volet rural de l'équipe SIM travaille avec un ratio d'environ huit participants par employé, ce qui correspond à la norme pour la prestation de tels services en milieu rural. Le volet rural a cependant dû se débrouiller avec deux employés, plutôt que trois, durant la majeure partie de la période du projet, ce qui revenait dans les faits à un ratio de douze participants par employé. Les membres de l'équipe SIM en milieu rural ont collaboré et se sont épaulés mutuellement pour prodiguer les services quotidiens aux participants, de la même façon que l'équipe en milieu urbain. Chaque participant s'est vu attribuer un

L'équipe du volet SIM a offert un suivi clinique à cent participants de la région du Grand Moncton.

gestionnaire de cas principal et secondaire au sein de l'équipe SIM en milieu rural. Le médecin directeur des soins cliniques de l'équipe SIM de Moncton était le principal responsable de la surveillance de l'état et de la réaction au traitement des participants en milieu rural.

Conformément à la façon dont les services SIM sont assurés dans le cadre du modèle Pathways to Housing à New York, les membres de l'équipe SIM à Moncton et en milieu rural prodiguaient une gamme complète de services, notamment pour le traitement de problèmes psychiatriques et médicaux, la réadaptation, l'intervention en cas de crise, le traitement intégré des problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (approche de réduction des préjudices), le soutien à l'employabilité et à l'égard d'autres besoins déterminés par le participant. L'approche du service s'inspirait des principes du rétablissement, lesquels visent à aider les participants à adopter des rôles sociaux valorisés et à s'intégrer dans la communauté. Même si l'équipe SIM aidait les participants à obtenir les ressources requises dans le milieu, elle assumait la responsabilité principale de la prestation de la plupart des services de santé mentale et des services connexes requis.

Après l'admission d'un participant au programme SIM, un plan de services était mis au point dès la première réunion, en collaboration avec le participant. L'équipe SIM a travaillé en étroite collaboration avec un spécialiste du logement pour aider les participants à trouver rapidement un logement, si possible de leur choix, qu'ils pouvaient se permettre de payer avec le supplément au loyer. Même si le spécialiste du logement n'était pas officiellement membre de l'équipe SIM, il a travaillé en étroite collaboration avec elle pour aider les participants dans le choix du logement, la négociation avec les propriétaires, l'emménagement et l'adaptation à la nouvelle situation de vie en tant que locataire. L'employé spécialiste du logement était également disponible en cas de problème au sujet du logement ou du propriétaire.

Conformément aux approches de traitement volontaire du programme Pathways to Housing et de réduction des préjudices, les participants étaient tenus de recevoir au moins une visite par semaine de la part d'un membre de l'équipe d SIM. Toutefois, ils avaient le choix de voir qui ils voulaient et quels autres services ils recevraient, en plus de pouvoir décider s'ils continuaient ou non à consommer des substances intoxicantes. Les services cliniques offerts par l'équipe SIM étaient organisés autour du plan d'intervention du participant, lequel avait été élaboré en collaboration avec ce dernier pour favoriser son rétablissement.

Les services du personnel étaient disponibles de 8 h 30 à 22 h, sept jours par semaine. L'horaire

du soir prévoyait la prestation de services en travail de proximité et d'intervention en cas de crise, services pris en charge par la cellule de crise mobile en santé mentale existante de la régie régionale de la santé. Le bureau de l'équipe SIM pour la région du Grand Moncton était situé près du centre-ville. Le site était un lieu centralisé commode choisi pour faciliter le contact des membres de l'équipe avec les participants.

L'équipe SIM a tenu des réunions quotidiennes pour examiner les progrès des participants et les résultats des plus récentes interactions entre employés et participants dont les rendez-vous, les visites informelles ou les interventions en situation d'urgence après les heures d'ouverture. En outre, des membres ont collaboré pour élaborer un horaire de travail en équipe afin de coordonner les activités clés de traitement et de soutien pour les participants. Cette réunion avait lieu au début de chaque journée de travail et durait environ une heure. La réunion d'équipe quotidienne produisait un résumé de toutes les activités à accomplir pour la journée en question. Des membres de l'équipe rurale participaient à ces réunions par conférence téléphonique.

Logement avec supplément au loyer

Le logement des participants était coordonné par le spécialiste du logement qui travaillait dans les bureaux de Centraide du Grand Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick. Plus précisément, le spécialiste du logement assurait ce volet du service en suivant les étapes ci-dessous : 1) trouver des logements appropriés sur le marché privé en fonction des préférences personnelles des participants, dans la mesure du possible, 2) accompagner les participants pour visiter les appartements disponibles, 3) négocier les baux avec les propriétaires, 4) aider les participants à emménager et à s'installer dans leur appartement, 5) aider les participants à s'adapter à leur vie nouvelle et 6) servir de médiateur entre propriétaire et locataire en cas de problème. Le spécialiste du logement assistait aux réunions de l'équipe SIM au besoin pour prendre part à la planification des services offerts aux locataires.

Un élément clé de l'approche Logement d'abord était le versement d'un supplément au loyer pour s'assurer que les participants ne consacrent pas plus de 30 p. 100 de leur revenu à leur logement. Compte tenu du taux d'inoccupation relativement élevé dans le marché privé et de la longue liste d'attente pour un logement social à Moncton, tous les participants ont emménagé dans des logements du marché privé. La prestation de services de logement et de soutien était assurée sans conditions préparatoires préalables; cependant, les participants devaient être prêts

à ce qu'une fraction raisonnable de leur revenu mensuel soit affectée directement au loyer.

L'annexe B présente l'organigramme du projet Chez Soi à Moncton.

L'annexe C fournit un aperçu du devis et de la méthodologie de l'étude.

CHAPITRE 3

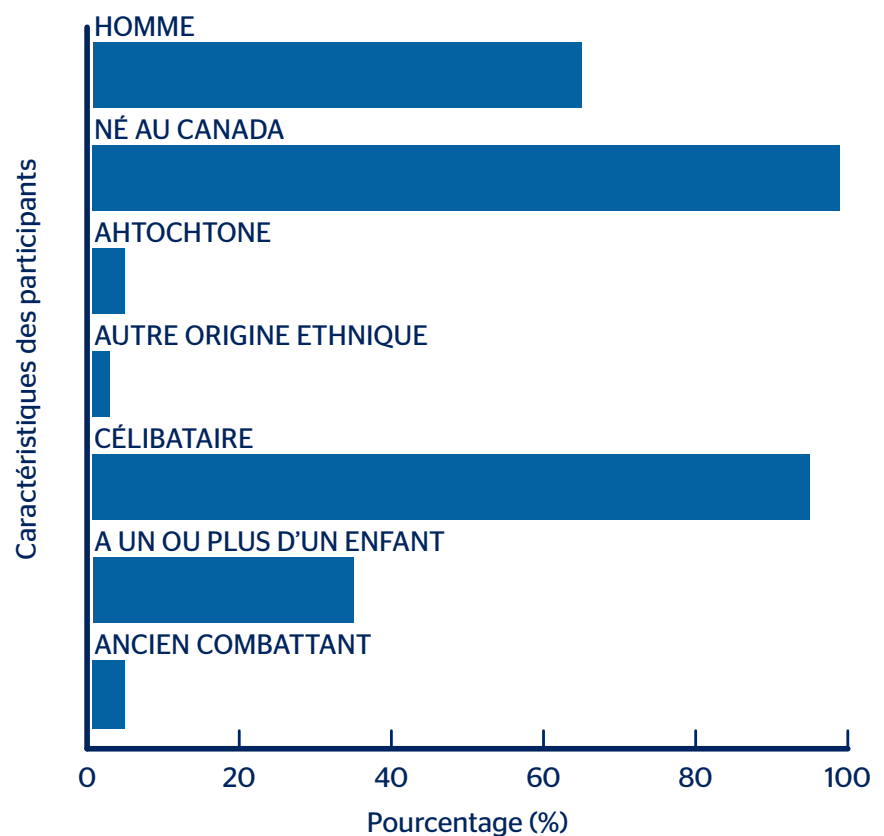
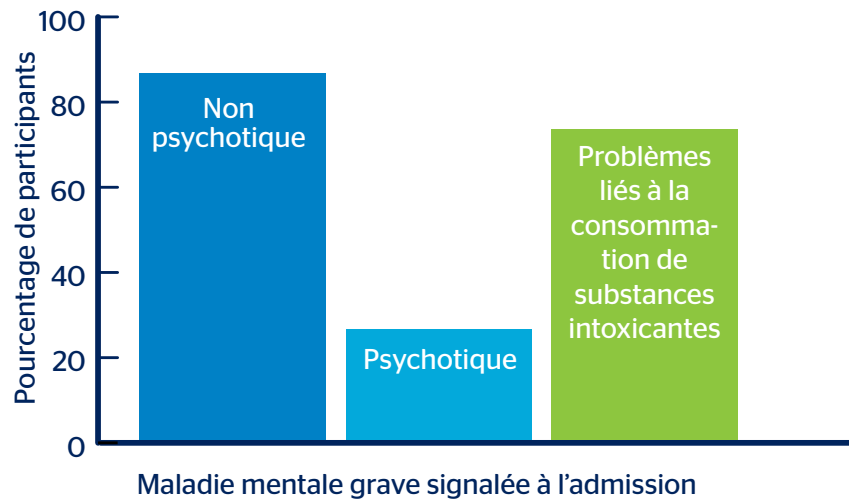
CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Échantillon de Moncton

L'échantillon de Moncton comprenait tous les participants du groupe d'intervention et du groupe témoin (n = 201), excluant ceux du volet rural. Les caractéristiques des participants du volet rural sont présentées séparément ci-dessous. Le tableau 1 présente le détail des caractéristiques de l'échantillon de Moncton par rapport à l'échantillon national. La population de l'étude était aux deux tiers d'âge mûr (c'est-à-dire que 67 p. 100 avaient 35 ans et plus) et à prédominance masculine (65 p. 100). Presque tous les participants (99 p. 100) étaient nés au Canada; 5 p. 100 se déclaraient autochtones et 3 p. 100 se disaient provenir d'un autre groupe ethnoculturel; 4 p. 100 seulement des participants étaient mariés ou vivaient avec un conjoint de fait; 35 p. 100 ont déclaré avoir un ou plusieurs enfants, mais très peu de ces enfants vivaient avec eux au moment de l'admission; 4 p. 100 des participants ont dit avoir combattu dans les Forces armées pour le Canada ou pour un pays allié dans le passé.

De nombreux défis contribuaient aux difficultés que les participants éprouvaient dans leur vie. Par exemple, 57 p. 100 d'entre eux n'ont pas terminé leurs études secondaires et 15 p. 100 ont déclaré que leur revenu du mois précédent était inférieur à 300 dollars. Tandis que 91 p. 100 étaient sans emploi au moment de l'étude, 69 p. 100 avaient déjà occupé un emploi stable par le passé, ce qui laisse présager un potentiel retour à l'emploi après une période de stabilisation en logement. La plupart des participants ont été recrutés dans un refuge ou dans la rue; 57 p. 100 vivaient en situation d'itinérance complète et 43 p. 100 dans des conditions précaires. L'épisode d'itinérance le plus long déclaré par un participant était d'environ 25 ans et la durée totale moyenne de l'itinérance des participants au cours de leur vie était généralement d'environ cinq ans.

Au début du projet, les participants ont déclaré présenter des symptômes pouvant être attribuables à ce qui suit : troubles psychotiques (33 p. 100), troubles non psychotiques (86 p. 100) et problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (73 p. 100). La plupart des participants avaient des symptômes



correspondant à plus d'un état et plus de 60 p. 100 présentaient des problèmes de santé mentale et de consommation de substances intoxicantes. En outre, plus de 50 p. 100 des participants ont signalé au moins un grave problème de santé physique et 74 p. 100 un traumatisme crânien antérieur. Plus de 50 p. 100 ont déclaré avoir un problème ou un trouble d'apprentissage.

Pour ce qui est de l'attrition dans le temps, 83 p. 100 de l'échantillon étaient disponibles pour le suivi à la fin de l'étude, soit 90 p. 100 du groupe d'intervention et 75 p. 100 du groupe témoin.

Différences par rapport aux caractéristiques de l'échantillon national

En comparaison avec les participants des cinq sites de démonstration, l'échantillon de Moncton présente de nombreuses similitudes, ainsi que certaines différences notables, par rapport à l'échantillon national. Les participants de Moncton étaient similaires sur les plans du sexe, de l'âge et de la proportion manifestant des besoins élevés.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants - Échantillon de Moncton* et échantillon national

	ÉCHANTILLON TOTAL DE MONCTON N =201 %	ÉCHANTILLON TOTAL NATIONAL N =2148 %
GROUPE D'ÂGE		
34 ans ou moins	33	33
35 à 54 ans	60	57
55 ans ou plus	7	10
SEXE		
Homme	65	67
Femme	35	32
Autre	<1	1
PAYS NATAL		
Canada	99	81
Autre	1	19
ORIGINE ETHNIQUE[†]		
Autochtone	4	22
Autre groupe ethnoculturel	3	25
ÉTAT MATRIMONIAL		
Célibataire, jamais marié	66	70
Marié ou conjoint de fait	4	4
Autre	30	26
PARENTALITÉ		
Au moins un enfant	37	31
ÉDUCATION		
N'a pas terminé ses études secondaires	58	55
A terminé ses études secondaires	23	19
A effectué des études postsecondaires	19	26
SERVICE MILITAIRE (Canada ou pays allié)	5	4
REVENU DU MOIS PRÉCÉDENT INFÉRIEUR À 300 DOLLARS	15	24
ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI (travail continué pendant au moins 1 an par le passé)	69	66
AU CHÔMAGE PRÉSENT	91	93

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

Tableau 2. Antécédents d'itinérance - Échantillon de Moncton* et échantillon national

	ÉCHANTILLON TOTAL DE MONCTON N =201 %	ÉCHANTILLON TOTAL NATIONAL N =2148 %
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À L'ADMISSION		
Itinérance absolue**	56	82
Logement précaire	44	18
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE		
Année précédant le projet 2008 ou avant	19	23
	81	77
PLUS LONGUE PÉRIODE D'ITINÉRANCE EN MOIS (valeurs inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	20 (0 à 300)	31 (0 à 384)
DURÉE TOTALE DE L'ITINÉRANCE EN MOIS (valeurs inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	49 (0 à 460)	58 (0 à 720)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE (arrondi au mois près)	30 (6 à 665)	31 (1 à 70)

** Consulter l'annexe A pour obtenir une définition « d'itinérance absolue » et de « logement précaire ».

Il y avait cependant un pourcentage moins élevé de participants en situation d'itinérance absolue à Moncton au début de l'étude (56 p. 100 contre 82 p. 100 à l'échelle nationale). De même, il y avait à Moncton un pourcentage nettement plus faible de participants autochtones ou d'autres groupes ethnoraciaux qu'à l'échelle nationale. Plus précisément, moins de 10 p. 100 des participants de Moncton se présentaient comme membres d'une communauté autochtone ou d'un autre groupe ethnoculturel (comparativement à 22 p. 100 et à 24 p. 100 respectivement à l'échelle nationale). Il est à noter que de plus fortes proportions de groupes ethnoculturels avaient été recrutées à Toronto et à Winnipeg, en raison du devis de l'étude, alors que le recrutement ne visait pas des sous-groupes précis à Moncton.

Bien que le taux de chômage ait été similaire entre l'échantillon national et celui de Moncton, il y avait à Moncton un pourcentage inférieur de participants ayant eu un revenu inférieur à 300 dollars le mois précédent (15 p. 100 de participants, comparativement à 26 p. 100 dans l'échantillon national). Enfin, les participants de Moncton avaient été en situation d'itinérance moins longtemps en moyenne auparavant.

Caractéristiques du groupe rural

Le volet rural comprenait des participants vivant dans des foyers de soins spécialisés ou dans leur famille ou, encore, étant en situation de précarité résidentielle ou d'itinérance au début de l'étude. Vingt-quatre participants ont reçu des services de type Logement d'abord et SIM au sein des communautés rurales du sud-est du Nouveau-Brunswick et ont ensuite été appariés avec dix-neuf participants qui ont continué à recevoir les services habituels. L'échantillon rural a été suivi pendant 18 mois. L'échantillon rural de l'étude est majoritairement masculin (72 p. 100) et francophone (79 p. 100) et a un âge moyen de 38 ans.

Compte tenu de la nature de ce sous-échantillon, il est à bien des égards difficile de comparer ces participants à ceux du volet de Moncton ou même, de façon plus générale, à l'échantillon national. La plupart des participants n'avaient jamais connu l'itinérance, telle que définie dans la présente étude. Comme dans l'échantillon de Moncton, 60 p. 100 des participants n'ont pas terminé leurs études secondaires. Toutefois,

67 p. 100 étaient sans emploi au début de l'étude, soit beaucoup moins que dans le volet de Moncton. Au début de l'étude, 30 p. 100 des participants ont signalé des symptômes compatibles avec un trouble psychotique. Les problèmes de consommation de substances intoxicantes étaient nettement moins importants au sein de l'échantillon rural que dans l'échantillon de Moncton et dans l'échantillon national, où l'on signalait seulement 35 p. 100 de problèmes de consommation de substances intoxicantes. De même, 30 p. 100 seulement des participants du volet rural ont signalé un problème de consommation d'alcool.

Tableau 3. Santé et situation sociale – Échantillon de Moncton* et échantillon national

	ÉCHANTILLON TOTAL DE MONCTON N =201 %	ÉCHANTILLON TOTAL NATIONAL N=2148 %
ÉTENDUE DES BESOINS (DÉTERMINÉE À LA SÉLECTION)		
besoins élevés	36	38
besoins modérés	64	62
ENFANCE PONCTUÉE D'INCIDENTS TRAUMATISANTS (questionnaire ACE) score moyen (sur un total de 10)	5,0	4,6
TROUBLE COGNITIF		
ont bénéficié d'aide à l'apprentissage à l'école	49	41
présentent un trouble d'apprentissage	37	34
DIAGNOSTIC À L'ADMISSION		
trouble psychotique	23	34
trouble non psychotique	86	71
problème de consommation de substances intoxicantes	73	67
RISQUE SUICIDAIRE À L'ADMISSION modéré ou élevé	55	36
FONCTIONNEMENT SOCIAL À L'ADMISSION (appréciation de l'observateur) score moyen à l'échelle MCAS [†] (scores minimal et maximal)	59 (34-80)	60 (33-80)
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE [‡] (plus de 6 mois dans les 5 années précédentes)	4	6
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE [‡] (à 2 reprises ou plus dans une année au cours des 5 dernières années)	33	37
PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE GRAVES		
asthme	31	24
bronchite chronique ou emphysème	24	18
hépatite C	26	20
hépatite B	3	3
VIH ou sida	1	4
épilepsie ou trouble convulsif	9	10
maladie cardiaque	8	7
diabète	7	9
cancer	2	3
TRAUMATISME CRÂNIEN OU BLESSURE À LA TÊTE perte de conscience à une reprise ou plus	74	66
DÉMÊLÉS JUDICIAIRES (plus d'une arrestation, incarcération, période de probation dans les 6 derniers mois)	36	36
TYPE DE DÉMÊLÉS JUDICIAIRE		
détention par la police	24	24
détention d'au plus 24 h dans une cellule	21	22
arrestation	27	27
comparution devant un tribunal	29	30
participation à un programme de justice	13	11
VICTIMISATION		
vol ou menace de vol	29	32
menace d'agression	46	43
agression	38	37
ABSENCE DE SOUTIEN SOCIAL Absence d'ami intime	56	51

* Signalé par les participants lors de l'entrevue.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS RELATIFS AU LOGEMENT

Site de Moncton

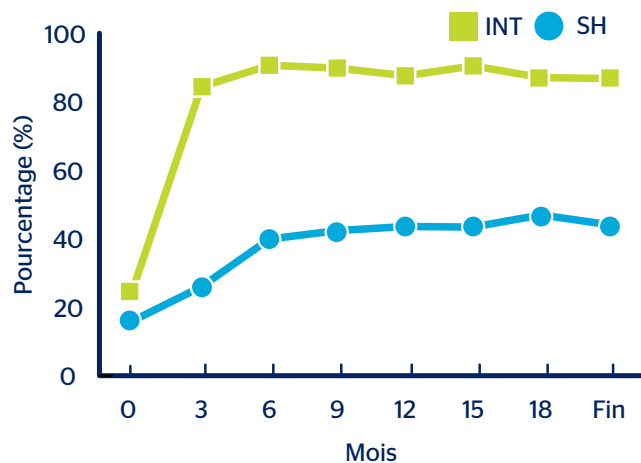


Figure 1. Pourcentage relatif à la stabilité résidentielle²

Sur le nombre total de jours de stabilité résidentielle, les participants du groupe d'intervention ont représenté, tout au long de l'étude, un pourcentage significativement plus élevé que les participants du groupe témoin (figure 1). Le pourcentage de la stabilité résidentielle chez les participants du groupe d'intervention est resté constamment élevé (plus de 85 p. 100) pendant la durée de l'étude. Par exemple, au cours des six derniers mois de l'étude, les participants du groupe d'intervention occupaient un logement de façon stable 87 p. 100 du temps. Ce taux atteint 46 p. 100 chez les participants du groupe témoin dans les trois derniers mois.

Comme le montre la figure 2, près des trois quarts des participants du groupe d'intervention (73 p. 100) ont été logés sans interruption pendant les six derniers mois de l'étude. En revanche, moins d'un tiers des participants du groupe témoin (31 p. 100) a été logé sans interruption pendant les six derniers mois de l'étude. De plus, seulement 7 p. 100 des participants du groupe d'intervention n'ont occupé aucun logement pendant les six derniers mois de l'étude, alors que ça a été le cas de 41 p. 100 des participants du groupe témoin.

La qualité moyenne des logements (logement et édifice confondus) était similaire pour les participants du groupe d'intervention et pour ceux du groupe témoin. La qualité des logements des participants du groupe d'intervention était cependant plus uniforme (donc moins variable) selon l'évaluation des équipes de recherche sur une échelle standard. Autrement dit, moins de logements des participants du groupe d'intervention affichaient un très faible niveau de qualité.

² Groupe d'intervention, INT (n = 76 à 97) - Groupe témoin, SH (n = 72 à 85)

³ Groupe d'intervention, INT (n = 93) - Groupe témoin, SH (n = 75)

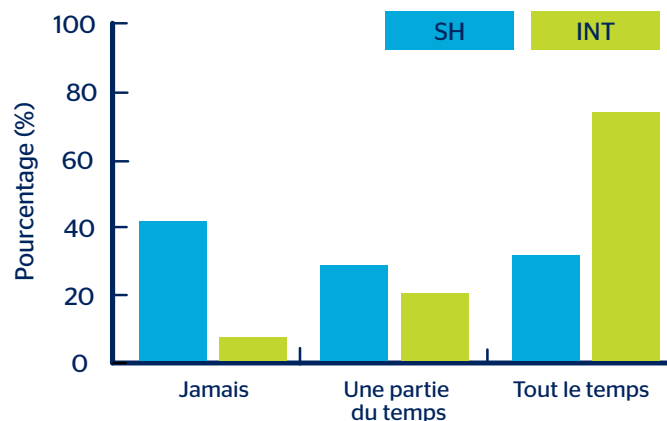


Figure 2. Pourcentage relatif à la stabilité résidentielle exprimé en journées durant l'étude (selon le niveau des besoins)³

Volet rural

Le tableau 4 présente la distribution statistique de la situation de vie au début de l'étude pour les deux groupes de l'échantillon rural. Près des deux tiers (63 p. 100) des participants du groupe d'intervention vivaient avec des membres de leur famille (42 p. 100) ou dans un foyer spécialisé (21 p. 100). Par contre, la plupart des participants du groupe témoin (90 p. 100) vivaient dans l'une ou l'autre situation. Plus du quart des participants du groupe d'intervention avait un logement précaire (21 p. 100) ou était en situation d'itinérance (8 p. 100) alors qu'aucun des participants du groupe témoin n'était identifié à l'une de ces situations au début de l'étude.

Pour le volet rural du projet, 100 p. 100 des participants des deux groupes occupaient un logement de façon stable durant les trois premiers mois de l'étude (figure 3). Au cours de l'étude de dix-huit mois, il n'y a pas eu de différence entre les groupes quant au pourcentage de temps passé dans un logement. Plus précisément, les participants du groupe d'intervention étaient logés de façon stable 80 p. 100 du temps dans l'ensemble alors que, dans le groupe témoin, les participants étaient logés 84 p. 100 du temps. Au cours des trois derniers mois de l'étude, les participants du groupe d'intervention ont eu un logement stable 86 p. 100 du temps, comparativement à 87 p. 100 du temps pour les participants du groupe témoin.

Dans une proportion de 75 p. 100, les participants du groupe d'intervention du volet rural, comme le montre la figure 4, ont occupé un logement de façon stable durant les six derniers mois du projet. En comparaison,

Tableau 4. Situation de vie des deux groupes de l'échantillon rural au début de l'étude

SITUATION DE VIE AU DÉBUT DE L'ÉTUDE	INT N=24 %	SH N=19 %
Logé dans la famille	42	42
Foyer spécialisé	21	48
Logé dans des conditions précaires	21	–
En situation d'itinérance	12	–
Autre	4*	5**
Inconnue	4	5

* Vit dans son logement avec le soutien de membres de la famille.

** Vit dans son logement dans une réserve autochtone.

78 p. 100 des participants du groupe témoin du volet rural ont été logés pendant toute cette période. Seulement 4 p. 100 des participants du groupe d'intervention (n = 1) et 6 p. 100 des participants du groupe témoin (n = 1) n'ont occupé un logement à aucun moment durant les six derniers mois de l'étude.

Dans l'ensemble, il est important de noter l'absence de différence de résultats entre les groupes pour le logement, en dépit des différences pour la stabilité d'occupation entre les deux groupes au début de l'étude. En particulier, comme il est précisé plus haut, plus du quart des participants du groupe d'intervention recrutés pour le volet rural soit était en situation de précarité résidentielle (donc avec itinérance récente), soit était effectivement en situation d'itinérance, alors que tous les participants du groupe témoin étaient considérés stables sur le plan résidentiel.

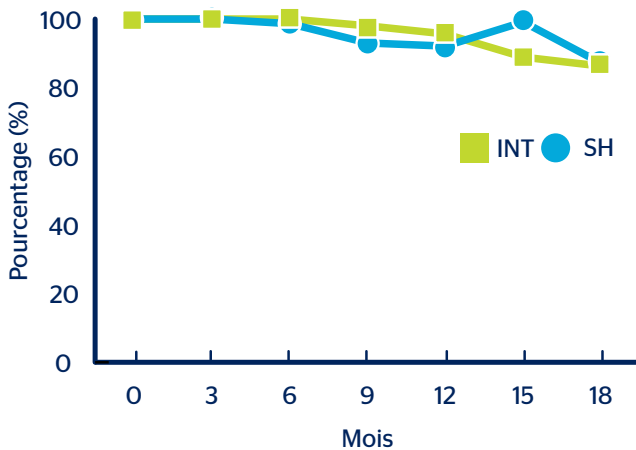


Figure 3. Pourcentage relatif à la stabilité résidentielle - Région rurale⁴

⁴ Groupe d'intervention, INT (n = 19-24); Groupe témoin, SH (n = 17-19)

⁵ Groupe d'intervention, INT (n = 24) - Groupe témoin, SH (n = 17)

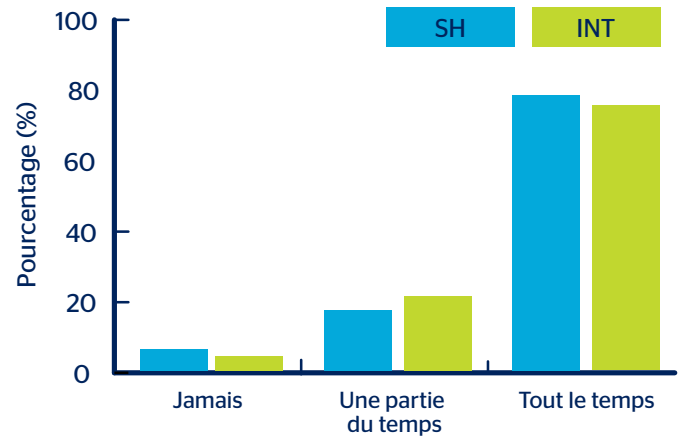


Figure 4. Occupation d'un logement au cours des six derniers mois (mois 12 à 18) - Région rurale⁵

CHAPITRE 5

RÉSULTATS RELATIFS À L'UTILISATION DES SERVICES

En général, la tendance au sein tant du groupe d'intervention que du groupe témoin (recevant les services habituels) pour le site de Moncton est similaire aux résultats de l'étude pancanadienne en ce qu'ils traduisent une diminution de l'utilisation de la plupart des types de services en matière de santé et d'itinérance durant l'étude. Cette tendance générale s'explique vraisemblablement en partie par le phénomène statistique de la « régression à la moyenne ». Ainsi, les participants ont été appelés à participer à l'étude dans un moment de crise, laquelle s'est apaisée avec le temps pour les deux groupes. Le recours à des banques alimentaires et les visites de pourvoyeurs de soins de santé n'ont cependant suivi cette tendance ni à Moncton ni à l'échelle nationale; ces services ont été plus utilisés par le groupe d'intervention que par le groupe témoin. Au cours de la période de six mois précédente, le recours à des banques alimentaires a été plus fréquent au sein du groupe d'intervention au douzième (3,49 visites contre 2,12) et dix-huitième mois (3,50 visites contre 3,00), mais il a été par ailleurs similaire au groupe témoin. Cela n'est pas surprenant du fait que les visites de service font partie intégrante du modèle Logement d'abord et que l'occupation d'un logement muni d'une cuisine permet de recourir aux services des banques alimentaires.

Certaines différences dans l'utilisation des services ont été observées à Moncton entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Les contacts téléphoniques avec des pourvoyeurs de soins de santé ont été plus de deux fois plus fréquents dans le groupe d'intervention pendant les six premiers mois du projet (2,61 contacts par mois en moyenne par participant contre 0,81) et de six à douze mois (1,74 contacts contre 0,74). Ces valeurs étaient similaires pour les deux groupes de 12 à 18 mois et de 18 à 24 mois. Le groupe d'intervention et le groupe témoin ont effectué le même nombre de visites à des cliniques externes au début de l'étude bien qu'à la fin (de 12 à 18 mois et de 18 à 24 mois), les participants du groupe d'intervention ont fait deux fois plus de visites (0,70 visite contre 0,37 et 0,70 visite contre 0,34, respectivement).

Les appels aux lignes d'écoute ont diminué dans les deux groupes au cours de l'étude mais on a observé, dans le groupe d'intervention, une hausse importante de ces appels entre le dix-huitième et le vingt-quatrième mois (2,64 appels contre 0,16). Il est possible que cette hausse ait été déclenchée par l'incertitude et l'anxiété liées à la fin de l'étude et à la perte éventuelle du logement. Les visites par les équipes d'intervention en cas de crise ont augmenté dans le groupe témoin et ont été significativement plus fréquentes entre le dix-huitième et le vingt-quatrième mois (cette différence s'est maintenue entre le dix-huitième et le vingt-quatrième mois). Toutefois, il faut interpréter ce résultat avec prudence compte tenu de sa très faible fréquence.

Le nombre de transports en ambulance a été similaire pour le groupe d'intervention et le groupe témoin durant la majeure partie de l'étude mais on a observé une pointe entre le dix-huitième et le vingt-quatrième mois pour le groupe d'intervention (0,41 transport comparativement à 0,23). Cette valeur est significativement plus élevée que dans le groupe témoin. Les visites dans des centres de jour ont été plus fréquentes dans le groupe témoin du début de l'étude à six mois (67,42 visites comparativement à 44,07) et entre le sixième et le douzième mois (55,43 visites comparativement à 34,86). Toutefois, leur nombre a diminué et a atteint celui du groupe d'intervention, ce qui indique que la diminution de l'utilisation s'est produite plus tôt dans le groupe d'intervention.

Les participants du groupe témoin ont eu plus d'interactions avec des agents de sécurité au cours des six premiers mois de l'étude (0,54 contact comparativement à 0,23) et entre le sixième et le douzième mois (0,37 comparativement à 0,07); cependant, le nombre d'interactions a été le même que pour le groupe d'intervention dans la deuxième année de l'étude. Il n'y a pas eu de différence entre les groupes quant aux autres variables (visites à un pourvoyeur de services de santé, visites à l'urgence, nombre d'interactions avec la police, occurrences de détention sans incarcération,

occurrences de détention avec incarcération, nombre d'arrestations, nombre de comparutions et nombre de démêlés judiciaires).

Même si la plupart des résultats observés sur le site de Moncton suivent de près les tendances de l'étude pancanadienne, on observe quelques différences notables. Par exemple, le nombre de conversations avec des intervenants de lignes d'écoute téléphonique a eu tendance à diminuer dans le groupe d'intervention à Moncton alors que, dans l'ensemble, il a augmenté dans les groupes d'interventions à l'échelle nationale. En outre, l'augmentation du nombre de visites par des équipes de crise pour le groupe témoin à Moncton ne suit pas celle de l'échantillon national. Ces différences sont probablement attribuables aux différents types de services existants et à la différence de disponibilité de ces services selon le site. La hausse importante des transports en ambulance observée entre le dix-huitième et le vingt-quatrième mois pour le groupe d'intervention de Moncton semble également être unique à Moncton. Il est à noter qu'il s'agit de l'utilisation autodéclarée des services qu'il convient de relativiser en raison de l'imprécision possible des souvenirs. Les résultats d'une analyse similaire de données administratives sur la santé et la justice seront publiés en 2014.

Dans le volet rural, il n'y a pas eu de différence dans l'utilisation des services entre le groupe d'intervention et le groupe témoin tout au long du projet. Néanmoins, les participants du groupe d'intervention avaient significativement plus d'occasions de recourir aux banques alimentaires à toutes les étapes, y compris à l'admission.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS RELATIFS AUX COÛTS

...chaque tranche de 10 dollars investie dans les services a généré des économies moyennes de 7,75 dollars.

L'intervention à Moncton coûte 20 771 dollars par personne annuellement en moyenne. Ce montant englobe la rémunération du personnel de première ligne et des superviseurs, les autres dépenses du projet comme les déplacements, les loyers, les services publics, et autres, ainsi que les suppléments au loyer. Au cours de la période de suivi, nous avons comparé les coûts des services pour les participants du groupe d'intervention et pour les participants du groupe témoin et nous avons constaté que l'intervention a occasionné une réduction moyenne de 17 527 dollars du coût des services. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services a généré des économies moyennes de 7,75 dollars. Les principales réductions de coût concernent les visites dans les centres de santé locaux et chez d'autres pourvoyeurs de services (8 473 dollars par personne annuellement), les hospitalisations dans des hôpitaux généraux (4 220 dollars par personne annuellement) et les séjours en centre de désintoxication (2 731 dollars par personne annuellement). Les autres réductions de coût ont toutes été inférieures à 1 000 dollars par personne annuellement.

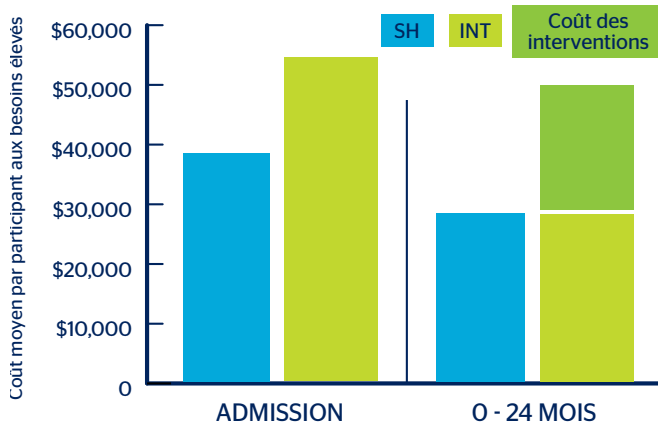


Figure 5. Compensations générées pour le groupe d'intervention à l'admission et au 24^e mois

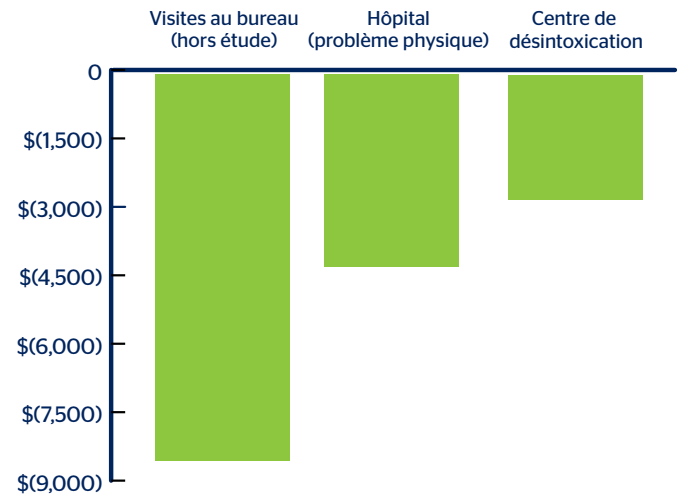


Figure 6. Compensations générées par type de service

Le SIM et les suppléments au loyer ont coûté 1 790 dollars par mois. Dans les régions rurales, les personnes ayant une maladie mentale grave et persistante qui ne vivent pas avec leur famille sont en général placées dans des foyers spécialisés. Le gouvernement provincial paie en moyenne 2 300 dollars par mois pour le placement de chaque personne dans ces logements.

CHAPITRE 7

IMPACT SUR LE PLAN SOCIAL ET SUR LA SANTÉ

Comparaison du groupe d'intervention et du groupe témoin à Moncton

Au sujet de la qualité de vie dans l'ensemble (rapportée par les participants), même si les scores à l'admission étaient similaires pour les deux groupes, le groupe d'intervention a fait part d'une qualité de vie largement supérieure à celle du groupe témoin tout au long de la période de suivi. Plus précisément, les participants du groupe d'intervention ont bénéficié d'une amélioration plus importante de leur qualité de vie en ce qui a trait à leur situation de vie, aux activités de loisirs, aux finances et au sentiment de sécurité. La qualité de vie est définie comme la satisfaction de la personne à l'égard de sa situation de vie actuelle, dans l'ensemble et dans des secteurs particuliers.

En ce qui concerne le fonctionnement social, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes, même après vingt-quatre mois. Cependant, le fonctionnement social s'est amélioré dans les deux groupes, au cours des deux années de l'étude. Il est à noter que le fonctionnement social est évalué par un observateur, non par le participant lui-même. Ce paramètre est défini comme la capacité de l'individu à s'adapter et à vivre de façon autonome dans la collectivité, comme en témoignent sa santé mentale, son efficacité sociale, sa participation au traitement et ses comportements adaptatifs. Les participants sont évalués en fonction d'une série d'aspects reliés à chacun des volets du fonctionnement social.

La qualité de vie globale des participants du groupe d'intervention et du groupe témoin dans le volet rural est restée la même et est demeurée stable au cours des dix-huit mois de l'étude. De même, il a été évalué que les deux groupes avaient des niveaux de fonctionnement social similaires et élevés au début et à la fin de l'étude.

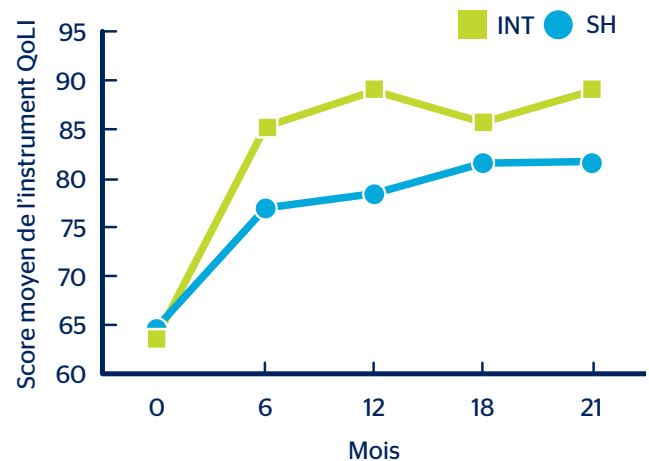


Figure 7. Qualité de vie à l'admission et au 21^e mois - Moncton⁶

⁶ Groupe d'intervention, INT (n = 75-97); Groupe témoin, SH (n = 61-99)

CHAPITRE 8

AUTRES CONCLUSIONS

Résultats qualitatifs pour le site de Moncton

Des entrevues qualitatives avec un sous-échantillon de participants du groupe d'intervention et du groupe témoin ont été effectuées au moment de la sélection (n = 20) et au suivi du dix-huitième mois (n = 16)⁸. Plusieurs thèmes ont été identifiés dans les transcriptions des entrevues, lesquels se sont avérés communs et vécus de la même façon pour les participants tant du groupe d'intervention que du groupe témoin. Le premier thème était lié à la spiritualité. La spiritualité jouait un rôle fondamental pour les participants des deux groupes. Certains participants ont indiqué lire la Bible et d'autres ont déclaré prier pour parvenir à supporter leur situation. Certains participants ont souligné croire que Dieu les avait bénis.

Un autre thème commun a émergé des entretiens qualitatifs : la fragilité des réseaux de soutien des participants. Dans certains cas, les participants ont indiqué n'avoir aucun réseau de soutien. Seuls les membres de la famille proche, les enfants (pour ceux qui en avaient) et les amis de longue date sont restés présents dans la vie des participants, quoique généralement en petit nombre, voire pas du tout. Les participants des deux groupes soulignent que deux groupes d'entraide sont particulièrement importants : les Alcooliques Anonymes et les Joueurs anonymes.

L'analyse des données tirées des entrevues qualitatives a également permis de cerner des thèmes communs aux deux groupes, mais vécus différemment. La présence de sentiments d'insécurité envahissants a été l'un des thèmes qui étaient reliés aux problèmes d'itinérance et de santé mentale. Cependant, ces sentiments d'insécurité pour le groupe témoin étaient liés à une dépendance envers les services offerts dans la communauté utilisés comme moyen de faire face à de tels sentiments. En revanche, les participants du groupe d'intervention décrivaient le sentiment d'insécurité comme un élément de motivation leur permettant de retrouver le contrôle et l'autonomie dans leur vie.

La consommation de substances intoxicantes est l'un des autres thèmes récurrents soulevés lors des entrevues qualitatives avec les deux groupes de participants. Les données des entrevues qualitatives avec les participants du groupe témoin indiquent que ce problème est l'élément déclencheur d'une spirale vers le bas qui a conduit à la prostitution pour se procurer de la drogue ou à l'isolement social comme stratégie pour éviter la consommation. En comparaison, les participants du groupe d'intervention ont utilisé des stratégies pour assurer leur mieux-être, notamment en établissant de nouvelles relations qui ont favorisé la diminution ou l'abandon total de la consommation de drogues.

Le dernier thème observé dans les entrevues des deux groupes concernait la façon dont les individus vivaient et géraient l'instabilité associée à leurs problèmes de santé mentale. Les participants du groupe témoin ont signalé les difficultés rencontrées en raison du manque de services, des listes d'attente et des hospitalisations. En revanche, les participants du groupe d'intervention ont décrit des résultats plus positifs reliés à leurs problèmes de santé mentale en ce qui concerne notamment la gestion de leurs médicaments et la stabilité associée à l'accès aux services.

D'autres thèmes, comme la stigmatisation, la perception de la psychiatrie et le manque d'espoir pour l'avenir, n'ont été évoqués que lors des entrevues des participants du groupe témoin. En particulier, ils se sont décrits comme frappés par la pauvreté et, par conséquent, obligés de vivre dans des quartiers dangereux ayant un effet stigmatisant. Par ailleurs, ils estimaient que les conséquences négatives de la vie dans un logement inadéquat et les déménagements fréquents ont contribué à leur instabilité. Les participants du groupe témoin ont pour la plupart tendance à avoir une perception négative de la psychiatrie. D'après eux, la probabilité d'avoir un bon psychiatre semble reposer en grande partie sur la chance et ils ont peu d'espoir d'être en mesure d'améliorer leur vie.

Un certain nombre de thèmes positifs ont été relevés dans les entrevues avec les participants du groupe d'intervention. Ces derniers ont déclaré que le choix d'un lieu de vie dans un quartier adapté permettait de développer un sentiment d'appartenance et de responsabilité envers leur milieu. Les participants du groupe d'intervention ont déclaré que la diversité et l'accès à des services réguliers rendaient possible l'atteinte d'un meilleur équilibre et d'objectifs précis dans leur vie. Ces objectifs étaient par exemple l'abandon des drogues, la reprise des études ou l'élaboration d'un budget. En général, les participants du groupe d'intervention avaient en commun une perspective sur leur avenir plus réaliste que les participants du groupe témoin, avec des objectifs tant à court qu'à long terme.

Les entrevues qualitatives avec les participants ont souligné l'importance de la combinaison du logement et du soutien. En particulier, les participants du groupe d'intervention ont expliqué comment la combinaison du logement et du soutien dont ils ont bénéficié a facilité le changement et l'amélioration de leur vie dans des domaines tels que la prise de médicaments, le contrôle de la consommation et la gestion des finances. Ils ont également décrit leurs perspectives d'avenir comme davantage teintées d'espoir et d'optimisme.

Pour leur part, certains participants du groupe témoin qui ont eu accès à un logement d'un programme du Nouveau-Brunswick, mais sans soutien constant, ont indiqué avoir éprouvé des difficultés importantes et continues liées à la maladie mentale. D'autres participants du groupe témoin ont indiqué avoir reçu des services, mais sans pouvoir occuper un logement sur une base stable, ce qui les avait empêchés d'aller de l'avant ou de bénéficier d'une amélioration durable de leur bien-être.

⁷ Groupe d'intervention, INT (n = 10) - Groupe témoin, SH (n = 10)

⁸ Groupe d'intervention, INT (n = 8) - Groupe témoin, SH (n = 8)

Résultats qualitatifs du volet rural

À l'examen des récits recueillis lors des entrevues qualitatives menées auprès d'un sous-échantillon de participants du volet rural, interrogés à l'admission et au dix-huitième mois, deux groupes se sont démarqués : les participants montrant une évolution positive au cours de l'étude et ceux affichant une évolution négative. Les participants du groupe d'intervention ont davantage affiché une évolution positive et ont décrit leur participation au projet Chez Soi comme une occasion unique dans leur vie. Ils se sont dits soutenus par des proches qui ne les stigmatisent pas en raison de leur maladie mentale, par des amis qui les acceptent et par une communauté qui les soutient. La plupart prennent les médicaments requis et les effets secondaires éventuels de ces médicaments n'entravent pas leur vie quotidienne.

Le groupe affichant une évolution négative comptait plus de participants du groupe témoin que du groupe d'intervention. Ce groupe a déclaré n'avoir fait que peu de progrès vers le rétablissement durant l'étude. Le rejet et la marginalisation par les proches, les amis et la communauté ont été caractérisés comme un fardeau et les participants n'avaient que peu d'espoir de voir les choses s'améliorer un jour. Certains n'avaient pas admis avoir éprouvé des problèmes de santé mentale et ne cherchaient pas à être soignés ou, encore, ne participaient pas à leur traitement. Par conséquent, ils ont souvent été hospitalisés et ont eu peu de contacts sociaux.

Dans l'ensemble, les récits des participants des régions rurales ont révélé un plus grand nombre de rétablissements parmi le groupe d'intervention que parmi le groupe témoin. La plupart des participants du groupe d'intervention ont signalé une amélioration entre la première et la dernière entrevue alors que les participants du groupe témoin n'ont signalé aucun changement. Les changements au sein du groupe d'intervention ont semblé traduire une évolution vers une plus grande autonomie, une appropriation accrue du pouvoir d'agir et une vision plus optimiste de l'avenir.

En revanche, les participants du groupe témoin qui allaient bien au début de l'étude ont continué à bien se porter et ceux qui éprouvaient des difficultés au début étaient dans la même situation à la fin de la période de suivi.

En règle générale, la plupart des participants du groupe témoin ont semblé être dans un état précaire tout au long de l'étude. Cela explique leur dépendance continue envers les services socio-sanitaires.

Table 5. Fidélité de la mise en œuvre - Moncton

CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ (SCORE TOTAL POSSIBLE)	AOÛT 2010	JANVIER 2012
Choix de logement et structure - (24)	22,5	24
Séparation du logement et des services - (28)	27	28
Philosophie du service - (40)	35	36
Gamme de services - (32)	20	27
Structure du programme - (32)	28	28

Évaluations de la fidélité

L'un des éléments importants des méthodes du projet a été la mesure de la fidélité du programme par rapport aux principes et aux pratiques du modèle Logement d'abord. Ces évaluations de la fidélité ont été menées auprès de toutes les équipes de service du projet Chez Soi sur les cinq sites. Elles ont été effectuées par une équipe composée de cliniciens, de chercheurs, d'experts en logement et d'un représentant des utilisateurs de services. À l'occasion de visites sur place effectuées à deux reprises durant l'étude, l'équipe a examiné des données provenant de plusieurs sources, notamment d'entrevues avec le personnel, de dossiers d'utilisateurs, de notes prises durant les réunions du personnel ou durant des discussions avec des groupes d'utilisateurs de services. Une échelle de la fidélité au modèle Logement d'abord a été mise au point pour l'étude dans le but d'évaluer le programme en fonction de trente-huit énoncés portant entre autres sur l'efficacité des interventions avec le personnel des hôpitaux accueillant les participants, l'utilisation d'une approche de réduction des préjudices relativement à la consommation de substances intoxicantes et le fait de laisser les participants contribuer au choix de leur logement. (Cet outil figure dans le rapport [en anglais seulement] de la mise en œuvre et de l'évaluation de la fidélité du projet Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/13611?terminal=38>.)

Les évaluations de la fidélité menées à Moncton ont révélé que le programme (Moncton et volet rural) a été très fidèle au modèle d'intervention. Deux évaluations ont été effectuées à Moncton, la première en août 2010 et l'autre en janvier 2012. Le programme a fonctionné conformément à la philosophie et aux pratiques orientées vers le rétablissement du modèle Logement d'abord. On a observé une amélioration notable entre les deux évaluations pour ce qui est de la gamme de services et, même si les scores étaient élevés pour les différents domaines, il y avait place à l'amélioration en ce qui concerne la philosophie du service, la gamme de services et la structure du programme (tableau 5). (Les annexes D et E résument les résultats des évaluations de la mise en œuvre du programme effectuées en 2011 et en 2012.)

L'objectif des logements supervisés par des pairs-aidants était d'accueillir les participants sans délai et d'éviter que ne retournent à la rue ceux qui avaient connu une instabilité résidentielle persistante après de multiples évictions de logements qui leur avaient été attribués dans le cadre du programme.

⁹ Groupe d'intervention, INT (n = 11) - Groupe témoin, SH (n = 11)

¹⁰ Groupe d'intervention, INT (n = 11) - Groupe témoin SH (n = 8)

Résultats de l'évaluation de la mise en place de logements supervisés par des pairs-aidants.

Le site de Moncton a mis en place des logements supervisés par des pairs-aidants pour loger les participants qui n'étaient pas parvenus à occuper un logement de façon stable durant la première année du projet. Ces logements étaient situés à distance de marche de la rue principale et de plusieurs services locaux fréquemment utilisés (comme les services sociosanitaires). Ces logements, grands et au nombre de six, se trouvaient tous dans une résidence. L'un des logements était occupé par un couple qui assurait le soutien et qui était responsable de l'immeuble. Au moment de l'évaluation des logements, neuf participants y avaient vécu.

Le soutien était assuré par un couple qui résidait sur place dont les deux membres avaient eu des problèmes de consommation de substances intoxicantes, de maladie mentale et d'instabilité résidentielle. Les services étaient offerts sur place, avec l'aide directe du couple et par des visites à domicile de l'équipe SIM. Par ailleurs, la résidence était dotée de dispositifs de sécurité renforcés que l'on ne retrouve pas dans les logements ordinaires (entre autres des caméras de surveillance et un accès par carte), de façon à limiter et à réglementer l'accès par les visiteurs. Les locataires devaient par ailleurs se plier à certaines règles (aucun visiteur après 23 h et interdiction de fumer à l'intérieur, par exemple.)

L'objectif des logements supervisés par des pairs-aidants était d'accueillir les participants sans délai et d'éviter que ne retournent à la rue ceux qui avaient connu une instabilité résidentielle persistante après de multiples évictions de logements qui leur avaient été attribués dans le cadre du programme. En plus d'être utilisés par les participants montrant une instabilité résidentielle permanente, ces logements ont servi à titre temporaire pour ceux qui attendaient qu'un appartement se libère.

Les logements supervisés par des pairs-aidants ont été évalués entre janvier et avril 2013. (Voir le résumé des résultats de l'évaluation à l'annexe F.) Une enquête sous forme d'entrevue a fourni un aperçu de la compréhension des objectifs de cette forme d'hébergement, des problèmes de mise en œuvre, des forces et des faiblesses de l'approche, des premiers effets perçus et des améliorations suggérées. Neuf participants ont été interrogés ainsi que cinq répondants clés (le médecin directeur des soins cliniques de l'équipe SIM, le responsable du logement du programme, l'un des responsables de l'immeuble et deux membres de l'équipe SIM).

Dans l'ensemble, les objectifs et le but de ce type d'hébergement étaient bien compris, même si certains participants et membres de l'équipe interprétaient différemment la durée prévue du séjour, certains espérant qu'il s'agisse d'une solution permanente et d'autres la voyant comme un placement de transition. Parmi les défis de la mise en œuvre, citons divers problèmes de communication et une mauvaise adéquation entre les besoins des résidents hébergés provisoirement ou par mesure d'urgence ainsi que la structure et les règles plus lourdes et le soutien des responsables qui s'est ajouté.

Il y a eu d'autres défis reliés à l'achat de l'immeuble et à son emplacement et des problèmes d'ordre général vécus par le personnel intervenant auprès de ce groupe de participants. Au moment des entrevues, la plupart des problèmes avaient été réglés convenablement. Plusieurs points forts du modèle ont été soulignés dont l'emplacement commode, la sécurité accrue, les avantages du soutien offert sur place et la capacité des responsables d'établir des liens de confiance avec les participants.

Parmi les points faibles, la résidence ne convenait pas bien aux participants ayant besoin d'un logement temporaire en attendant qu'un autre se libère dans la communauté. Certains participants n'ont pas apprécié les appartements en sous-sol et certains ont été gênés par le fait que la résidence soit située près d'un quartier perçu comme dangereux. On a aussi noté des effets positifs rapides. La maison a favorisé la stabilisation chez certains, comme l'illustre le commentaire de ce participant : « *Comme je vous l'ai dit, je suis sur la bonne voie, tous les matins je me lève, je me sens très bien parfois et toutes les règles de cet endroit m'aident à stabiliser ma vie.* »

Les locataires de la résidence et les répondants clés sont d'avis que cette stabilisation a permis aux participants d'acquérir une plus grande autonomie, de prendre des responsabilités importantes et de commencer à améliorer leurs relations avec les autres. Parmi les suggestions d'améliorations, citons l'augmentation du nombre d'appartements disponibles, la séparation des participants en fonction de leurs besoins et le renforcement d'un sentiment de communauté à l'intérieur de la résidence.

Ces logements, tels qu'ils ont été mis à l'essai à Moncton, constituent une solution pour aider les personnes ayant des besoins supplémentaires, qui ne parviennent pas à atteindre une stabilité résidentielle dans le modèle Logement d'abord et qui sont susceptibles de continuer à souffrir d'itinérance chronique.

Résultats des entrevues avec les partenaires de la communauté à Moncton et en milieu rural.

Des partenaires de la communauté (n = 13) ont été interrogés au sujet de leur expérience à l'égard du projet Chez Soi et de leurs perspectives pour le projet. Parmi les partenaires, il y avait des employés d'organismes de santé et de services sociaux, des gestionnaires de refuges d'urgence et des employés de centres de jour et de banques alimentaires. La plupart des partenaires connaissaient bien le programme étant donné que celui-ci desservait bon nombre de leurs usagers. Les partenaires de la communauté ont indiqué avoir fait des efforts pour s'assurer que leur organisation et le projet n'offrent pas les mêmes services et ils ont souligné que le projet leur avait permis de se décharger de certains de leurs participants, donc de répondre aux besoins d'autres personnes.

De manière générale, les partenaires de la communauté ont eu une impression favorable du programme, tant pour les services offerts que pour la qualité des services et ceux qui les prodiguaient. « *En fait, les membres de l'équipe ont vraiment ce programme à cœur et se soucient réellement des gens. Ils les respectent et, parce qu'ils les respectent, ils les*

« En fait, les membres de l'équipe ont vraiment ce programme à cœur et se soucient réellement des gens. Ils les respectent et, parce qu'ils les respectent, ils les aident de façon respectueuse et en fonction des besoins qu'ils expriment. »

« Dans les années cinquante, l'hospitalisation pour un problème de santé mentale durait en moyenne sept ans; dans les années soixante-dix, elle durait un an et demi. Aujourd'hui, l'hospitalisation moyenne ne dure plus que deux semaines. Nous avons poussé la réduction des hospitalisations et la désinstitutionnalisation en croyant que les services communautaires répondaient mieux aux besoins de cette population. Malheureusement, il n'y avait pas assez de services et certains clients n'étaient pas prêts à se débrouiller seuls dans la communauté. C'est pourquoi ce programme convenait parfaitement à cette communauté et à cette population. »

aident de façon respectueuse et en fonction des besoins qu'ils expriment. »
Les partenaires de la communauté ont souvent fait remarquer que, d'après eux, le fait d'offrir un logement et des mesures souples de soutien constitue la clé de la réussite des participants au projet.

Les améliorations suggérées pour le programme portaient sur son expansion, sur la façon de le rendre plus accessible à un nombre accru de participants, sur un ratio plus avantageux de participants par membre de l'équipe SIM et sur l'amélioration de la communication avec les organismes communautaires afin que les services puissent être offerts de façon encore plus coopérative. Les partenaires de la communauté ont noté des effets positifs pour certains participants, dont la stabilisation, l'accès à des services de santé mentale, l'appropriation du pouvoir d'agir et la possibilité de jouer un rôle actif dans leur propre processus de rétablissement. Des effets favorables ont également été notés à l'échelle du système, à savoir la réduction des listes d'attente pour d'autres services et la perception que moins de gens avaient besoin de services après la mise en œuvre du projet. *« Il y a encore beaucoup de personnes atteintes de maladie mentale qui accèdent à nos services, mais je crois qu'il n'y en a pas autant qu'avant. »*

Une autre observation importante a été faite par les partenaires de la communauté : le projet Chez Soi a augmenté la sensibilisation et a suscité un débat ouvert sur l'itinérance, au sein de la communauté et des gouvernements municipaux, provincial et fédéral. Ils ont également remarqué que le projet a contribué à mettre en lumière la population itinérante, qui était cachée, et qu'il avait engendré un changement de paradigme chez beaucoup de personnes qui s'étaient montrées sceptiques à propos du modèle Logement d'abord pour cette population.

« Si quelqu'un a des antécédents de schizophrénie, on a tendance à penser que le rétablissement est impossible. Or, le programme a démontré que tous les individus sont capables de rétablissement; même ceux qui ont une maladie mentale grave peuvent y parvenir. »

Le projet a semblé bien compléter les services de santé mentale existants et combler un vide créé par la désinstitutionnalisation. *« Dans les années cinquante, l'hospitalisation pour un problème de santé mentale durait en moyenne sept ans; dans les années soixante-dix, elle durait un an et demi. Aujourd'hui, l'hospitalisation moyenne ne dure plus que deux semaines. Nous avons poussé la réduction des hospitalisations et la désinstitutionnalisation en croyant que les services communautaires répondaient mieux aux besoins de cette population. Malheureusement, il n'y avait pas assez de services et certains clients n'étaient pas prêts à se débrouiller seuls dans la communauté. C'est pourquoi ce programme convenait parfaitement à cette communauté et à cette population. »*

CHAPITRE 9

INCIDENCE D'ORDRE PRATIQUE ET POLITIQUE

L'ensemble des résultats de l'étude obtenus à la suite d'une période relativement courte en matière de logement et de qualité de vie permettent de penser que l'approche Logement d'abord peut servir de levier à l'intégration sociale des personnes ayant une maladie mentale qui ont été en situation d'itinérance.

Conclusions de l'étude qualitative

Les conclusions de l'étude menée à Moncton démontrent la faisabilité et l'utilité de la mise en œuvre d'interventions basées sur l'approche Logement d'abord dans de petits centres urbains du Canada et en milieu rural. L'ensemble des résultats de l'étude obtenus à la suite d'une période relativement courte en matière de logement et de qualité de vie permettent de penser que l'approche Logement d'abord peut servir de levier à l'intégration sociale des personnes ayant une maladie mentale qui ont été en situation d'itinérance. On relève sept répercussions importantes sur les pratiques et les politiques :

1 Un supplément au loyer doit être offert en sus des services. À Moncton, les résultats en matière d'occupation d'un logement obtenus à l'issue de l'étude de deux ans, meilleurs chez les participants du groupe d'intervention que chez ceux du groupe témoin, démontrent qu'il est primordial d'offrir un supplément au loyer en sus des services aux personnes ayant une maladie mentale grave qui ont été en situation d'itinérance.

2 L'approche Logement d'abord répond aux besoins des milieux ruraux sur le plan de l'itinérance. Les résultats positifs du volet de l'étude mené en milieu rural révèlent que l'approche Logement d'abord peut être efficace pour faire passer des personnes ayant une maladie mentale grave d'un foyer, d'un milieu familial, de la rue ou d'une situation de précarité résidentielle à un appartement dans la collectivité.

3 Le coût des interventions basées sur le modèle Logement d'abord est largement compensé par les économies réalisées. Les conclusions du volet de l'étude mené à Moncton montrent que le coût des interventions basées sur le modèle Logement d'abord est compensé par des économies significatives en matière de services socio-sanitaire et de justice, de sorte que ces interventions ne nécessitent qu'un investissement relativement modeste en fait de ressources nettes dans les petits centres urbains du Canada. Dans ces centres, les interventions libèrent les services socio-sanitaires et de justice, plus limités, dont profitent ainsi d'autres usagers. En outre, les coûts associés à ces interventions sont moindres que ceux occasionnés par les séjours en foyer spécialisé à Moncton ou dans le sud-est du Nouveau-Brunswick.

4 Le recours moins fréquent aux services de la part des participants du groupe d'intervention peut générer d'importantes économies au fil du temps. En ce qui a trait à l'utilisation des services, les économies réalisées à l'issue de ce projet de deux ans pourraient s'avérer plus importantes que celles actuellement observées. Le recours à des services différenciés, notamment, ainsi que les consultations en clinique externe et les visites des équipes d'intervention en cas de crise, ont été moins fréquents chez les participants du groupe d'intervention, mais seulement à compter du dix-huitième mois. Il est possible qu'un suivi prolongé de l'utilisation des services par les bénéficiaires des interventions basées sur le modèle Logement d'abord permette d'observer une plus importante récupération des dépenses avec le temps.

5 Les logements supervisés par des pairs-aidants peuvent s'avérer une solution efficace chez les bénéficiaires des interventions non parvenus à atteindre une stabilité résidentielle. L'évaluation du projet pilote de logements supervisés par les pairs-aidants mené à Moncton laisse supposer qu'en ce qui concerne le groupe restreint du groupe d'intervention qui n'a pas atteint une stabilité résidentielle, le soutien par les pairs-aidants constitue l'aide et la structure supplémentaires nécessaires à l'atteinte de cet objectif. Cette constatation appuie la mise en œuvre de l'approche Logement d'abord à titre d'intervention de première ligne et celle d'un modèle de logements supervisés par des pairs-aidants comme plan de rechange pour les usagers récalcitrants par rapport à ces interventions. La mise en œuvre séquentielle de ces deux modes d'intervention évite que deux situations résultant d'une mauvaise adéquation des besoins ne surviennent. D'abord, elle empêche que des personnes plus indépendantes ne soient logées dans un environnement supervisé qui outrepassent leurs

besoins. Ensuite, elle évite que celles qui n'arrivent pas à se loger malgré les interventions basées sur l'approche Logement d'abord ne passent au travers des mailles du filet et se retrouvent en situation d'itinérance chronique.

6

Les partenaires locaux jugent que l'approche Logement d'abord est un ajout valable au réseau de services.

Les partenaires locaux du programme de Moncton ont une opinion très positive de celui-ci et ont indiqué qu'il constituait un ajout utile au réseau des services. Ils ont aussi été en mesure de développer une bonne relation de collaboration avec les responsables du programme au fil du déroulement de l'étude. Les résultats de l'étude couplés aux commentaires des partenaires locaux illustrent l'utilité des services basés sur l'approche Logement d'abord intégrés au système de prestation de services en santé mentale et de lutte à l'itinérance.

7

La stabilité résidentielle se traduit par une évolution positive dans d'autres aspects de l'existence.

En plus d'améliorer la condition des participants en ce qui a trait au logement, les interventions basées sur l'approche Logement d'abord ont augmenté la qualité de vie de ces derniers bien au-delà de ce qui a été observé dans le groupe témoin. De même, tant les participants du groupe d'intervention que ceux du groupe témoin ont montré des améliorations au titre du fonctionnement en société durant le déroulement de l'étude. Ces conclusions laissent supposer que la stabilité résidentielle des participants du groupe d'intervention est le pilier sur lequel reposent les autres améliorations. Le suivi des participants, d'une durée prévue de quatre ans, permettra d'évaluer les résultats qui s'ajouteront à long terme sur le plan sociosanitaire en plus d'établir la pérennité des résultats sur le plan du logement obtenus par le groupe d'intervention, lesquels sont supérieurs à ceux du groupe témoin.

RÉFÉRENCES

Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013). Rental Market Report: Moncton CMA (automne, 2013). Consulté au http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64407/64407_2013_A01.pdf?fr=1389900354923 le 16 janvier 2014.

Ville de Moncton (2011). *City-Data.com: Moncton, New Brunswick, Canada*. Moncton, NB : Auteurs. Consulté au <http://www.city-data.com/canada/Moncton.html> le 16 janvier 2014.

Emploi et Développement social Canada (2007). Community Plan (2007-2009), *Homelessness Partnering Strategy Framework: Great Moncton*. Ottawa, ON : Auteurs. Consulté au http://monctonhomelessness.org/documents/gmhsc_community_plan_nov_2007.pdf le 16 janvier 2014.

Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton (2012). *Experiencing Homelessness: The Fifth Report Card on Homelessness in Greater Moncton, 2012*. Moncton, NB : Auteurs. Consulté au <http://monctonhomelessness.org/documents/2013-6th-report-card-gmhomelessness.pdf> le 16 janvier 2014.

Greenwood, R. M., Schaefer-McDanile N. J., Winkel G., et Tsemberis, S. (2007). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36, 223-238.

Tsemberis, S. (1999). From Streets to Homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27, 225-241.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Center City, MI : Darmouth PRC, Hazelden.

Tsemberis, S., et Eisenberg R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals. *Psychiatric Services*, 51, 487-493.

Tsemberis, S., Gulcur, L., et Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94, 651-656.

ANNEXE A

PRINCIPALES DÉFINITIONS

Admissibilité

Critères d'inclusion:

- Âge adulte selon la loi (18 ans ou plus, 19 ans en Colombie-Britannique)
- En situation d'itinérance absolue ou logé dans des conditions précaires*
- Présence d'une maladie mentale grave accompagnée ou non de consommation de substances intoxicantes, maladie évaluée au bref entretien neuropsychiatrique (MINI)² en fonction des critères diagnostiques de la classification des maladies DSM IV¹ au moment du recrutement.

Critères d'exclusion:

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

Niveau des besoins

Besoins élevés

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

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

Besoins modérés

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

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

Itinérance absolue

L'itinérance désigne l'absence d'un abri physique déterminé selon la définition (simple) de l'itinérance absolue des Nations Unies, qui s'applique aux personnes qui vivent à la dure, qui passent la nuit à dans des endroits publics ou privés qui ne sont pas prévus pour cela, tels la rue, un parc, la plage, une entrée de porte, un véhicule, un immeuble désaffecté, un garage, ainsi qu'aux personnes dont la principale résidence la nuit est un refuge supervisé d'urgence privé ou public (foyer, centre, refuge, par exemple, refuge)ⁱⁱⁱ. Plus précisément, être itinérant signifie dépourvu d'un toit s'entend du fait de ne pas avoir de lieu fixe où demeurer pendant plus de sept nuits et d'avoir peu d'espoir de trouver où se loger le mois prochain; ou de 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 ci-dessus, dans l'année écoulée.

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

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.

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

^{iv} Définition tirée de Tolomiczenko G. et Goering P.³

Stabilité résidentielle

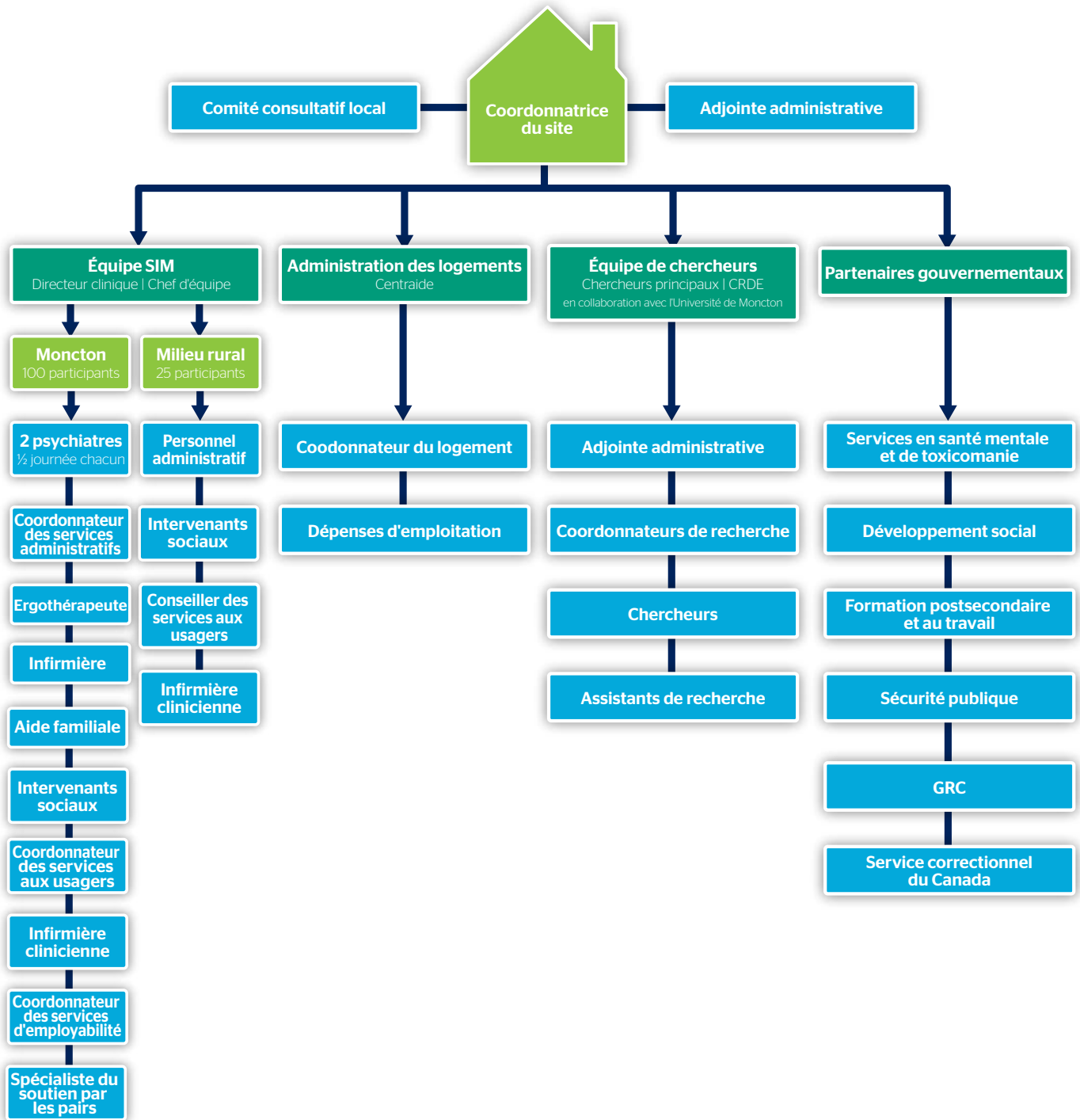
La stabilité résidentielle est définie comme le fait d'occuper une chambre, un appartement, une maison ou de vivre avec la famille en s'attendant à y demeurer six mois tout au moins et (ou) en ayant des droits à titre de locataire.

RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE A

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e 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. Il existe une différence entre les sexes en ce qui a trait aux aspects légaux de l'utilisation des refuges destinés à la population itinérante.

ANNEXE B

ORGANIGRAMME DU SITE DE MONCTON DU PROJET DE DÉMONSTRATION CHEZ SOI



ANNEXE C

APERÇU DU DEVIS ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Devis de l'étude

L'étude au cœur du projet Chez Soi est un **essai sur le terrain pragmatique, comparatif et à répartition aléatoire**¹. Les participants ont été répartis au hasard (« randomisés ») dans le volet de l'intervention selon l'approche Logement d'abord et dans le volet des services habituels. Un logiciel a effectué la répartition aléatoire des participants dans les groupes d'intervention, sans que les chercheurs, les pourvoyeurs de services, les commanditaires ou qui que ce soit interviennent. Le qualificatif *comparatif* désigne la comparaison entre le groupe à qui l'intervention à l'étude est destinée et un groupe « témoin » qui ne bénéficie pas de cette intervention, afin de déceler les effets de l'intervention et de pouvoir dire qu'ils lui sont attribuables, qu'ils ne sont pas dus à un autre facteur. L'étude est *pragmatique* en ce qu'elle porte sur des personnes qui en temps ordinaire seraient des usagers de services du type de ceux Logement d'abord et en ce que les services que ces personnes et celles du groupe des services habituels obtiennent varient comme ce serait le cas dans des conditions réelles. Enfin, l'expression *sur le terrain* vient du fait que l'intervention se déroule dans les mêmes conditions que celles où les services seraient offerts si leur efficacité était démontrée. Par sa conception, l'étude est également « multicentrique » – c'est-à-dire qu'elle se déroule à plusieurs sites, elle se tient dans quatre grands centres urbains et une petite ville et un milieu rural afin d'en savoir plus sur le caractère applicable du modèle Logement d'abord et sur la possibilité de l'adapter à des contextes locaux.

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

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

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

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

Quels sont les renseignements colligés?

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

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

Logement (RTLFB)

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

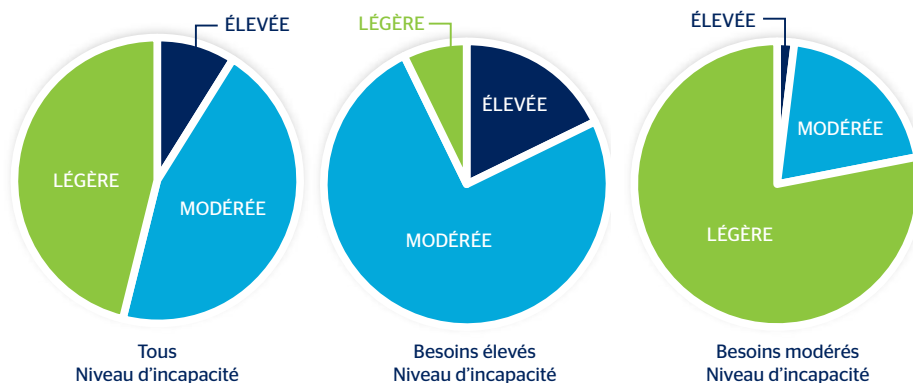


Tableau A2 - Catégories d'incapacité selon l'échelle MCAS et classement des participants selon le degré d'incapacité et le niveau des besoins

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

Fonctionnement en société (MCAS)

Pour évaluer le fonctionnement en société, nous avons utilisé l'échelle Multnomah Community Ability Scale (MCAS)³ comportant 17 énoncés qui couvrent la santé mentale et physique, la capacité de composer avec la maladie, les aptitudes sociales et les comportements problématiques. L'échelle a été conçue et validée pour les besoins de l'évaluation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de l'incapacité connexe de longue durée. Le score total va de 17 à 85; il varie selon la capacité ou l'incapacité fonctionnelle. Le classement des participants de l'étude en fonction de leur état fonctionnel figure au tableau A2.

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

Qualité de vie

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

Techniques analytiques des données sur les principaux paramètres d'intérêt

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

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

Dans chaque modélisation, le groupe d'appartenance représente la principale variable explicative d'intérêt : à savoir, le volet de l'intervention Logement d'abord ou le volet des services habituels. Dans l'analyse de l'échantillon global, nous avons tenu compte, sur le plan statistique, de l'âge, du sexe et de variables ayant influé sur la répartition dans les groupes : ville, origine autochtone,

origine ethnoraciale et catégorie de besoins. Pour nous, le temps est une variable nominale et nous avons essentiellement estimé les différences entre les groupes et les effets de l'intervention aux moments prédéterminés. Pour vérifier les différences entre les groupes, nous avons inclus des termes d'interaction entre les variables de temps et de groupe, ce qui produit une estimation des différences de groupe à chaque moment.

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

Techniques analytiques des données sur les coûts

Les analyses économiques s'inscrivent dans la perspective sociétale. Par des questionnaires sur les services et l'hébergement, nous avons pu évaluer l'utilisation d'une vaste gamme de services, ainsi que le revenu de diverses sources. Nous avons estimé les coûts unitaires (le coût moyen d'une visite aux urgences, celui d'une arrestation, celui d'une nuitée dans un refuge, par exemple) dans chacune des villes selon les données disponibles les plus solides. C'est ainsi que nous avons calculé près de 400 coûts unitaires distincts. Dans bien des cas, nous avons communiqué avec les pourvoyeurs de services pour consulter et interpréter avec leur aide leurs rapports financiers et d'activités. Lorsque, dans ses dépenses, un programme utilisait des fonds provenant du secteur privé ou public, nous avons tenu compte de cet apport financier afin d'obtenir le plein coût de la prestation des services en question du point de vue de la société. Nous englobons également les prestations d'aide sociale et d'invalidité, car elles représentent des coûts que la société doit assumer pour que des personnes itinérantes participent au programme à l'étude et à d'autres programmes de logement offerts⁷. Nous soustrayons le revenu d'emploi des coûts globaux, car ce revenu représente la valeur de la contribution de la personne à la société. Pour tous les services, nous avons pris en compte le coût en capital. Les coûts sont exprimés en dollars canadiens de l'exercice 2010-2011. Nous n'avons pas appliqué de taux d'actualisation en raison de la période de suivi de deux ans seulement.

RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE C

- ¹ Goering P.N., Streiner D.L. # Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full>
- ² New Hampshire Dartmouth Rehabilitation Center. (1995). Residential Follow-back Calendar [version de juin 1995]. Lebanon, N.H. Dartmouth Medical School.
- ³ Barker S., Barron N., McFarland B.H. et. coll. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers. *Community Mental Health Journal*, 30, 459-472.
- ⁴ Lehman A.F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 78-88.
- ⁵ Boothroyd R.A. et Chen H.J. (2008). The psychometric properties of the Colorado Symptom Index. *Journal of Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 370-378.
- ⁶ Dennis M.L., Chan Y. et Funk R.R. (2006). Development and validation of the GAIN Short Screener for internalizing, externalizing, and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *The American Journal on Addictions*, 15, 80-91.
- ⁷ Weisbrod BA, Test MA et Stein LI. Alternative to Mental Hospital Treatment: II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry* 37:400-5, 1980.

ANNEXE D

SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE

Cette annexe présente un sommaire des résultats de la première évaluation de la mise en œuvre du programme sur le site de Moncton du projet Chez Soi, réalisée entre octobre 2010 et mars 2011. Les données ont été recueillies auprès de différents groupes de partenaires du programme, à savoir les utilisateurs (n = 14), les propriétaires (n = 11), le personnel de service (n = 11), et les répondants clés dont le personnel responsable du logement, les gestionnaires de programme, les psychiatres consultants, le co-chercheur principal et la coordonnatrice du site.

Ce qui s'est bien déroulé lors de la mise en œuvre

- Dans l'ensemble, les conclusions de l'évaluation actuelle soulignent la mise en œuvre fructueuse du projet Chez Soi à Moncton et dans le sud-est du Nouveau-Brunswick. Les parties prenantes du programme se sont entendues pour dire que les éléments clés attendus d'un programme misant sur le modèle Logement d'abord modélisé en fonction du programme Pathways to Housing étaient bien présents.
- Le développement d'un groupe de plus en plus nombreux de propriétaires qui, dans une large mesure, ont exprimé leur engagement envers le programme et ses participants, est évidemment un ingrédient essentiel pour aider les participants à se loger de façon permanente et stable. Cet engagement des propriétaires semble bien réel, malgré les difficultés rencontrées pour loger certains participants.
- Il y a aussi eu consensus, entre les différents groupes interrogés, sur le fait que le programme apporte aux participants un soutien multidisciplinaire efficace au moment où ils en ont besoin. L'établissement de partenariats solides avec des ministères et des organismes sans but lucratif locaux représente un atout indéniable du programme.

Ce qui n'a pas bien fonctionné dans la mise en œuvre

- Malgré ces succès précoces, les parties prenantes comprennent qu'il faut développer la capacité du programme dans un certain nombre de domaines dont le traitement des problèmes de consommation de substances intoxicantes, le soutien aux études et le soutien professionnel, le soutien par les pairs-aidants, l'éducation concernant la préparation des aliments et la nutrition et la consultation psychiatrique.
- Les utilisateurs du programme qui sont parvenus à la stabilité d'occupation ont dit désirer trouver des façons productives et utiles d'employer leur temps. Pour que le programme réponde à ces importants nouveaux besoins, il faudra que les services soient de nature moins réactive et deviennent davantage proactifs et orientés vers le rétablissement.
- Les répondants clés, le personnel et les utilisateurs ont soulevé la question de la charge de travail du personnel. La combinaison de l'adoption d'un nouveau rôle professionnel et de la prise en charge par l'équipe d'une charge de travail complète sur une période prolongée a contribué à cette lourde charge de travail.
- Les répondants clés et le personnel ont souligné qu'il est important que les utilisateurs aient accès au transport. Même si les employés du programme n'ont pas ménagé leurs efforts pour véhiculer les utilisateurs, ils ont tout de même l'impression de ne pas avoir été en mesure de répondre à tous leurs besoins dans ce domaine.
- Le programme est parvenu à créer un bassin relativement important de propriétaires (il y en a actuellement plus de trente) engagés envers le programme, mais la gestion des relations entre les propriétaires et le programme et entre les propriétaires et les participants est un défi permanent.
- Outre l'importance de maintenir ouvertes les voies de communication avec les propriétaires, le personnel a signalé qu'il fallait de meilleures communications tant avec le système juridique qu'avec le réseau de la santé.

Thèmes et enjeux transversaux

1. La théorie qui étaye le projet Chez Soi à Moncton exposée par les parties prenantes dans cette évaluation correspond bien au modèle Pathways to Housing tel que présenté dans les écrits et dans la formation dispensée par le personnel de Pathways to Housing pour ce projet. Les ingrédients de base perçus du programme de Moncton étaient notamment les suivants : faciliter l'accès à des logements abordables, offrir des choix et du soutien en matière de logement, fournir un soutien axé sur les utilisateurs et adopter une orientation vers le rétablissement dans l'élaboration des objectifs et le travail avec les utilisateurs.

2. Le succès de la mise en œuvre d'un modèle de logement avec services, comme dans le projet Chez Soi, repose en grande partie sur la qualité des relations au sein du personnel du programme, entre le personnel du programme et les utilisateurs et entre le programme et les propriétaires. Pour être efficaces, les interventions psychosociales fournies dans le cadre du logement avec services de soutien nécessitent des alliances thérapeutiques solides entre toutes les parties prenantes.
3. La prestation de services et d'interventions de soutien aux utilisateurs dans le cadre du projet Chez Soi s'est avérée une tâche difficile et exigeante pour le personnel du programme. Cette tâche nécessite de la souplesse, de l'ouverture d'esprit, de la volonté et de l'aisance pour aller au-delà des rôles traditionnels pour lesquels les employés sont formés dans leur spécialité professionnelle. Les besoins complexes des utilisateurs dans le cadre du projet Chez Soi peuvent par ailleurs être très exigeants pour le personnel du programme, surtout durant les premières phases de la participation au programme.
4. Les résultats de l'évaluation soulignent le rôle important que les partenariats avec la communauté ont joué dans le succès du projet Chez Soi. Dès le début, le programme a pu établir des partenariats solides et constructifs dans la communauté. Les comités créés pour permettre la participation des partenaires communautaires constituent des structures importantes pour le succès de ces collaborations.
5. Les utilisateurs qui bénéficient des services du programme semblent être une ressource inexploitée qui pourrait apporter une contribution importante aux aides fournies par le programme.
6. La taille relativement modeste de Moncton et l'ajout d'un volet rural rendent l'étude sur le site de Moncton unique et différente des recherches antérieures selon le modèle Logement d'abord et des autres sites du projet Chez Soi. L'un des avantages notables de la petite taille de la ville est qu'il est plus facile d'intégrer de nouveaux services innovants. En revanche, l'un des inconvénients est la facilité relative avec laquelle l'information peut circuler entre les propriétaires à propos des utilisateurs et entre utilisateurs à propos des services qu'ils reçoivent du programme.

Enseignements tirés

1. On reconnaît, parmi les répondants clés et le personnel, l'importance de développer davantage le programme pour permettre l'atteinte à long terme de ses résultats anticipés. Tout particulièrement, on a souligné la nécessité d'en accroître la capacité pour livrer des interventions plus ciblées aux usagers en matière de traitement des toxicomanies et d'encadrement professionnel ou éducatif. L'expertise de la Commission de la santé mentale du Canada, de l'organisme Pathways to Housing, d'autres sites du projet Chez Soi et de l'administration américaine de l'abus de substances et des services de santé mentale (SAMHSA) pourrait être utile en ces circonstances.
2. Comme mentionné précédemment, les responsables du programme ont lié des liens fructueux avec les partenaires parmi lesquels on compte le personnel du programme, les usagers, les chercheurs, des propriétaires d'immeubles et les organismes locaux. Assurer la pérennité de ces liens représente un défi constant pour les responsables. L'organisation non interrompue d'événements, lesquels ont significativement contribué à tisser des liens, est fortement recommandée.
3. Depuis le début du projet, la Commission de la santé mentale du Canada a investi significativement dans la formation du personnel. Les responsables ont pu compter sur l'aide de l'organisme Pathways to Housing participant à la formation et offrant un soutien technique. Cette formation et ce soutien ont été particulièrement essentiels pour le personnel de Moncton du fait que les services, y compris le suivi intensif dans le milieu, n'avaient jamais été offerts au Nouveau-Brunswick. Il est prioritaire que la formation et le soutien technique continuent d'être assurés.
4. Les responsables du projet Chez Soi ont tissé de solides liens de collaboration avec des ministères provinciaux et des organismes à but non lucratif de Moncton. La création du comité consultatif local, d'un comité de direction régional et d'un comité de représentants d'organismes à but non lucratif semble avoir contribué au développement de ces liens. Il importe de continuer à solliciter la contribution des partenaires pour faire progresser le programme par le biais de ces comités.
5. Une des valeurs fondamentales de l'organisme Pathways to Housing concerne l'appropriation du pouvoir d'agir par les usagers. Comme en fait foi ce rapport, les usagers ont offert un point de vue distinct et neuf sur le programme qui inclut de nombreuses suggestions pour améliorer les services. Aussi recommandons-nous de mettre au point un processus systématique pour recueillir les commentaires et les impressions des usagers à des fins d'amélioration du programme. Nous recommandons aussi de mettre sur pied un groupe d'entraide par les pairs pour que les usagers s'approprient ce pouvoir d'agir.
6. Tous ceux qui sont rattachés au programme reconnaissent que les propriétaires d'immeubles sont essentiels à la viabilité à long terme du programme du fait que la prestation des services est conditionnée par la stabilité résidentielle. Dans la plupart des cas, les interventions du personnel ont pu être rapides et efficaces parce que les propriétaires ont exprimé leurs préoccupations au sujet des participants locataires. Il importe que cette manière de procéder, efficace et opportune, puisse continuer à profiter aux usagers. Aussi, nous recommandons d'informer les propriétaires d'immeubles au sujet du programme sur une base continue par le biais de rencontres périodiques.

ANNEXE E

SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE

Cette annexe présente un sommaire des résultats de la deuxième évaluation de la mise en œuvre du programme sur le site de Moncton du projet Chez Soi, réalisée entre février et juillet 2012. Les données de l'évaluation ont été recueillies auprès de différentes parties prenantes du programme, à savoir les propriétaires (n = 12), le personnel de service (n = 8) et les répondants clés dont le personnel responsable du logement, les gestionnaires de programme et le coordonnateur du site.

Dans l'ensemble, les résultats de la deuxième évaluation de la mise en œuvre soulignent le maintien, en grande partie, du succès de la mise en œuvre du programme du site de Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick. Les membres de l'équipe qui ont mené la deuxième évaluation de la fidélité, les gestionnaires de programme et les employés se sont entendus pour dire que les ingrédients clés attendus d'un programme misant sur le modèle Logement d'abord modélisé en fonction du programme Pathways to Housing étaient réunis. Plus précisément, la majorité des gestionnaires de programme et des employés estimaient que le programme a aidé la vaste majorité de ses participants à établir un logement stable et à entamer le processus de rétablissement et d'intégration communautaire.

La deuxième évaluation de la fidélité a révélé que le programme à Moncton avait effectivement relevé un certain nombre de défis soulevés lors de la première évaluation. Cependant, la deuxième évaluation de la fidélité a également relevé d'autres difficultés qui ont continué à se poser. Certaines questions devront être approfondies : l'intégration du traitement de la consommation désordonnée de substances intoxicantes aux services offerts par l'équipe de SIM, le recours à la planification de services individualisés axés sur des objectifs de rétablissement et l'ajout d'un pair-aidant à l'équipe SIM.

Thèmes et enjeux transversaux

D'après les résultats de l'évaluation, nous avons cerné les thèmes et les aspects transversaux suivants.

1. Dans l'ensemble, la deuxième évaluation de la fidélité réalisée en janvier 2012 a confirmé que le projet Chez Soi continue à mettre en œuvre un modèle Logement d'abord très fidèle à l'approche Pathways to Housing. En outre, les résultats de la deuxième évaluation de la fidélité confirment que le degré de fidélité augmente dans un certain nombre de domaines, en particulier en ce qui concerne l'étendue des services offerts aux participants par le programme. En général, les résultats tirés de la deuxième évaluation de la fidélité correspondaient aux perceptions du programme partagées par les répondants clés et le personnel du programme.
2. Malgré ce niveau élevé de fidélité du programme et le succès du développement et de l'amélioration du programme, la deuxième évaluation de la fidélité a permis de cerner un certain nombre de domaines dans lesquels le programme pourrait être amélioré. Certains secteurs particuliers du programme nécessitent un approfondissement, dont l'intégration du traitement de la consommation désordonnée de substances intoxicantes aux services offerts par l'équipe SIM, la planification des objectifs avec les participants qui orienterait les services vers une approche plus orientée vers le rétablissement et l'ajout d'un pair-aidant dûment formé à l'équipe SIM.
3. D'après des répondants clés et les employés du programme, un grand nombre de participants connaissent, souvent pour la première fois, un sentiment de stabilité. Cette stabilité a été rendue possible par l'obtention d'un logement sûr et confortable, par l'amélioration du fonctionnement et par le soutien du programme. Grâce à cette stabilité, les participants atteignent des objectifs professionnels, s'engagent dans des activités du programme et tissent de nouvelles relations sociales. Il reste des défis pour certains participants, en particulier ceux qui ont des problèmes de toxicomanie et ceux qui ont du mal à s'adapter à leur nouvelle situation de locataire.
4. Dans l'ensemble, la majorité des propriétaires interrogés avaient une opinion favorable du programme en dépit des difficultés avec certains participants locataires. Certains propriétaires estimaient que le programme était très utile à l'égard de préoccupations ou de problèmes qu'ils avaient vécus avec des participants locataires. D'autres ont fait part d'un manque de réactivité du programme quand ils avaient signalé des problèmes avec des participants.
5. La viabilité du programme a suscité des sentiments d'anxiété et d'incertitude parmi les participants et le personnel. Même si les participants avaient été informés que l'équipe SIM serait maintenue, la préoccupation principale porte sur la poursuite des subventions au logement. Le personnel du programme a été respectueux des préoccupations des participants au sujet du logement et fait preuve de transparence dans la communication de l'information sur la viabilité du programme. L'incertitude persiste, mais le coordonnateur du site et le personnel ont consacré des efforts considérables à la résolution des problèmes de viabilité liés aux subventions au logement pour les participants au programme.

Enseignements tirés

Les enseignements énoncés ci-après font écho aux recommandations d'action visant à traiter les écueils décrits aux sections précédentes :

1. La deuxième évaluation de la fidélité au modèle, les entrevues faites auprès des informateurs clés et les discussions avec le personnel du programme illustrent la nécessité de rendre le programme plus apte à traiter les problèmes de toxicomanie. Comme le propose un précédent rapport de mise en œuvre, il conviendrait d'instituer des stratégies de traitement intégrées, approche basée sur des données probantes, qui combindraient des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies en un même endroit (SAMSHA, 2010a). Par ailleurs, on recommande de continuer à offrir au personnel des formations sur les entrevues motivationnelles et d'assurer un suivi supervisé pour qu'il puisse se perfectionner dans ce domaine.
2. Bien que la deuxième évaluation révèle que le programme a amélioré les interventions orientés par la personne, cet aspect des services reste à perfectionner. On recommande qu'une planification des services soit mise en œuvre pour systématiser le processus afin que les services soient réalisables, individualisés et intégrés à l'ensemble des services livrés aux usagers. Pour mettre cette recommandation en œuvre, il pourrait être utile de former le personnel sur les services orientés par la personne et d'assurer son suivi. Comme en fait foi la deuxième évaluation de la fidélité au modèle, les pourvoyeurs de services en milieu rural sont une ressource précieuse en cette matière.
3. La deuxième évaluation a aussi relevé que l'absence d'un pair-aidant dans l'équipe du suivi intensif dans le milieu constituait un écueil dans l'organisation du programme de Moncton. Cela dit, comme l'ont cité les informateurs clés et le personnel, le programme a fait de grands pas en ce sens en cernant cinq pairs-aidants potentiels et en les formant. On recommande que le programme s'efforce d'intégrer des pairs-aidants spécialistes dans cette équipe.
4. La deuxième évaluation a souligné les progrès accomplis par les responsables du programme en matière d'encadrement professionnel ou éducatif après avoir intégré un spécialiste de ce domaine dans l'équipe du suivi intensif dans le milieu. Comme le recommande le premier rapport de mise en œuvre du programme, ce spécialiste doit miser sur des services de placement et de soutien individuels ou sur du soutien en milieu de travail qui nécessite entre autres d'aider les participants à intégrer le marché du travail régulier. Comme l'indique le premier rapport de mise en œuvre, le volet de l'étude réalisé à Montréal a livré ce type de services. Le spécialiste de l'équipe de Moncton continue à consulter l'équipe de Montréal à cet effet.
5. L'ajout d'une demi-journée de consultation en psychiatrie a été qualifié d'amélioration lors de la deuxième évaluation. Parallèlement, l'exercice a révélé qu'une demi-journée était insuffisante par rapport aux besoins des participants. L'un des psychiatres ne pouvait rencontrer les participants qu'à l'hôpital. De plus, les psychiatres ne pouvaient visiter les participants à leur domicile en raison de contraintes d'horaire. Aussi recommande-t-on d'augmenter le nombre d'heures offertes en consultation psychiatrique.
6. Comme le stipule la deuxième évaluation, l'acquisition d'un immeuble offrant des appartements provisoires a permis de mobiliser et de se rapprocher des participants ayant été évincés plusieurs fois et éprouvant de la difficulté à vivre en appartement de façon autonome. Conformément aux orientations proposées par le rapport d'évaluation de la fidélité, on recommande que le programme intervienne auprès de ces participants avec l'objectif de leur faire reprendre une vie autonome en appartement. Il est aussi noté que certains participants logeant dans un appartement provisoire pourraient choisir de s'y établir en permanence. De même, on recommande qu'une évaluation formative soit effectuée pour examiner les pratiques exemplaires au sujet des appartements provisoires distribués aux usagers des services en santé mentale en veillant à identifier leurs besoins et la capacité de ce type de logement d'y répondre.
7. Des entrevues menées auprès des propriétaires d'immeubles laissent supposer que des liens positifs et empreints d'engagement ont été tissés avec bon nombre d'entre eux qui accueillent des participants. Parallèlement, comme le précisent les conclusions de la première évaluation de la mise en œuvre, les propriétaires ont dû affronter diverses difficultés. Ceux-ci ont cité entre autres le manque d'information au sujet du programme, la difficulté de communiquer avec les responsables du programme en cas de problème et l'impression que certains participants ne recevaient pas suffisamment de soutien. Compte tenu de ces problèmes communiqués par les propriétaires, on recommande d'organiser des rencontres avec les propriétaires sur une base continue pour les informer. Ces rencontres pourraient servir à renseigner au sujet des participants, de la réduction des préjugés, des principes du rétablissement et de l'approche Logement d'abord. Le modèle mis au point par Kloos, Zimmerman, Scrimenti et Crusto (2002) relatif aux communications avec les propriétaires et gestionnaires d'immeubles s'avère utile à cet effet. Aussi, on recommande de mettre au point un bref feuillet d'information rédigé en langage courant à l'intention des propriétaires. Ce document pourrait inclure les numéros de téléphone du personnel avec qui les propriétaires communiqueraient au besoin.

ANNEXE F

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION : LOGEMENTS SUPERVISÉS PAR DES PAIRS-AIDANTS

L'objectif des logements supervisés par des pairs-aidants était d'accueillir les participants sans délai et d'éviter que ne retournent à la rue ceux qui avaient connu une instabilité résidentielle persistante après de multiples évictions de logements qui leur avaient été attribués dans le cadre du programme. En plus d'être utilisés par les participants montrant une instabilité résidentielle permanente, ces logements ont servi à titre temporaire pour ceux qui attendaient qu'un appartement se libère.

La résidence avec logements supervisés par des pairs-aidants a été évaluée entre janvier et avril 2013. Des entrevues avec des participants et des répondants clés ont permis d'étudier la compréhension des objectifs de la résidence, les défis de la mise en œuvre, les forces et les faiblesses de l'approche, les premiers effets perçus et des suggestions d'amélioration. Neuf participants ont été interrogés, ainsi que cinq répondants clés (le médecin directeur des soins cliniques de l'équipe SIM, le responsable du logement du programme, l'un des responsables de l'immeuble et deux membres de l'équipe SIM).

L'évaluation a démontré que les logements supervisés par des pairs-aidants bénéficient d'un appui important à Moncton. Tant les clients que les répondants clés estimaient que le logement et les services offerts à la résidence donnent des résultats positifs pour ses locataires. Cette étude préliminaire sur les logements supervisés par des pairs-aidants montre la façon dont elle peut être intégrée à un programme de type Logement d'abord. L'un des objectifs du modèle Logement d'abord est de veiller à ce qu'aucun client ne soit laissé pour compte. De façon générale, les programmes misant sur ce modèle aident les individus à vivre dans un logement de façon autonome. Pourtant, la recherche a montré qu'il existe un groupe d'environ 15 à 20 p. 100 d'usagers qui continuent à afficher une instabilité résidentielle (Tsemberis, 1999; Tsemberis et coll., 2000; Tsemberis et coll., 2004).

Ces usagers semblent avoir besoin de logements assortis d'aides additionnelles et d'une structure qui les aide à acquérir les compétences nécessaires pour vivre de façon autonome. Les logements supervisés par des pairs-aidants permettent de loger et d'aider ce groupe d'usagers. Ce type de logement peut constituer une solution alternative auprès de certains usagers pour qui le modèle Logement d'abord s'avère infructueux.

Il est important de noter que seules les conséquences perçues ont été examinées dans la présente étude et dans la deuxième année du programme alors que l'on peut encore estimer qu'il s'agit d'un projet pilote. En outre, la vie dans les logements supervisés par des pairs-aidants n'a pas été un succès pour tous les locataires des logements. Il sera important de procéder à l'évaluation des résultats sur le logement pour les locataires de la résidence bénéficiant du soutien de pairs-aidants et cette évaluation devra accorder une attention particulière à l'identification des caractéristiques des locataires qui parviennent à la stabilité dans ce type de logement.

Thèmes transversaux

D'après les résultats de l'évaluation, nous avons cerné les thèmes et les aspects transversaux suivants.

1. Étant donné que la mise en place de logements supervisés par des pairs-aidants est très récente, il n'est pas étonnant que tant les clients que les répondants clés ne comprennent pas tous parfaitement sa raison d'être et ses objectifs. Dans ce cas, ces logements visent deux grands objectifs : loger les clients qui ont vécu une instabilité résidentielle chronique et ceux qui ont besoin d'un logement temporaire. Ce sont les clients logés temporairement qui ont le plus de mal à comprendre les objectifs de ce type d'hébergement et qui ne saisissent pas qu'ils sont là temporairement. Les répondants clés ont des opinions diverses sur les objectifs associés au fait de loger des clients qui affichent une instabilité résidentielle chronique : certains soulignent que ces logements ont un caractère transitoire et que les locataires s'orientent vers une vie autonome dans la communauté alors que d'autres considèrent que ce sont des logements permanents.
2. Même si les logements supervisés par des pairs-aidants ont été mis en place très récemment, le programme s'est heurté à plusieurs défis qui semblent par ailleurs avoir été résolus de façon efficace. Des répondants clés ont indiqué qu'ils travaillaient encore à l'engagement actif de clients logés pour des raisons d'instabilité d'occupation chronique et cela est demeuré le plus grand défi.
3. Le couple de pairs-aidants responsable de la résidence a été considéré comme une source inestimable de soutien tant par les usagers que par les répondants clés. Par contre, ils n'ont pas été aussi précieux aux yeux des usagers logés à titre temporaire qui attendaient qu'un logement se libère dans la communauté. Certains de ces usagers jugeaient leur présence intrusive.
4. Les logements supervisés par des pairs-aidants semblent avoir été très appréciés des usagers et des répondants clés qui ont été interrogés. Peu d'aspects négatifs ont été signalés, sauf par les participants hébergés à titre temporaire qui n'ont pas apprécié les règles et la présence de responsables et par certains qui n'ont pas aimé qu'on leur demande de déménager.
5. Il est évident que les participants interrogés estiment que les logements supervisés par des pairs-aidants ont eu des effets positifs. La plupart des répondants clés considéraient également ces logements avantageux pour les locataires. Les deux groupes estimaient que la résidence avait un effet stabilisateur (sur les plans financier, psychologique et médical) sur les participants.

Enseignements tirés

Les enseignements énoncés ci-après sont tirés de l'évaluation de la mise en place des logements supervisés par des pairs-aidants :

1. Les logements supervisés par des pairs-aidants sont bien perçus par les usagers et les répondants clés en ce qu'ils aident les participants qui affichent une instabilité résidentielle chronique. Cela dit, cette mesure est jugée inutile et intrusive par les participants logés temporairement en raison des attentes, des règles et de sa structure. Aussi recommande-t-on qu'elle soit réservée aux usagers qui affichent une instabilité résidentielle chronique.
2. Il est important de loger temporairement les usagers pour les faire émerger d'une situation d'itinérance tout en veillant à les loger dans un immeuble séparé qui permet d'intervenir auprès des locataires conformément aux grands principes de l'approche Logement d'abord (absence de règles qui compromettent l'éviction, focalisation sur l'autonomie, facilitation de l'appropriation du pouvoir d'agir et prise de décisions centrées sur l'usager). L'une des possibilités qui s'offre à Moncton est de payer, sans interruption, le loyer d'un ou de deux appartements qui serviront à loger les usagers temporairement. Par ailleurs, il importe que tous les usagers qui sont logés temporairement soient mis au courant de cet arrangement et qu'on leur rappelle périodiquement. Cette recommandation a été relevée dans diverses entrevues avec des usagers et des informateurs clés.
3. À l'heure actuelle, les logements supervisés par des pairs-aidants sont organisés de telle sorte qu'ils semblent accueillir des usagers sur une base temporaire et d'autres de façon permanente. L'objectif ultime de ce type de logements, lesquels s'adressent à des usagers qui affichent une instabilité résidentielle chronique, ne semble pas clair aux yeux des répondants clés et des usagers. Or, cette mesure devrait viser ultimement à aider cette clientèle à acquérir les habiletés nécessaires à l'autonomie. L'organisation devrait être ouverte, c'est-à-dire pensée en fonction des besoins des usagers et de leur évolution vers l'occupation d'un logement en toute autonomie et à long terme (ce qui peut nécessiter des mois, voire des années chez certains).
4. Les usagers et les répondants clés ont qualifié les logements supervisés par des pairs-aidants de solution de dernier recours du fait que l'éviction des locataires pouvait se traduire par la perte de leur supplément au loyer. La perte de ce supplément ne cadre pas avec l'approche Logement d'abord qui s'engage plutôt à loger et aider les clients même en contexte d'évictions multiples et d'instabilité prolongée en matière de logement. Bien que les informateurs clés aient indiqué que l'équipe offrant un suivi intensif dans le milieu s'est efforcée de mobiliser et de soutenir les usagers évincés de ces logements, celle-ci n'a pas réussi à susciter leur engagement dans la plupart des cas. Sachant cela, on recommande d'instituer un processus d'examen chez les usagers passibles d'éviction d'un logement supervisé par des pairs-aidants pour qu'ils continuent à recevoir les services dont ils ont besoin. En ce qui concerne les usagers qui ne parviennent pas à devenir autonomes en appartement ou dans un logement supervisé par des pairs-aidants, on recommande d'envisager d'autres solutions, y compris l'hébergement en foyer spécialisé.
5. Un cadre logique doit être créé en ce qui a trait aux logements supervisés par des pairs-aidants. Celui-ci doit tenir compte du point de vue des divers partenaires (informateurs clés, usagers et superviseurs d'immeubles) et distinguer l'occupation temporaire d'un logement de l'occupation d'un logement en raison d'une instabilité chronique. La compréhension des principes du programme par toutes les parties prenantes et les partenaires serait bénéfique sur le plan de l'exploitation des logements et rendrait les informateurs clés plus aptes à répondre aux questions des usagers.

RÉFÉRENCES

Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27, 225-241.

Tsemberis, S., et Eisenberg, R.F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals. *Psychiatric Services*, 51, 487-493.

Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94, 651-656.

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

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

www.commissionsantementale.ca

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

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



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada