



# RAPPORT FINAL DU SITE DE TORONTO

Projet Chez Soi



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

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

Ce rapport a été préparé par une équipe composée de Vicky Stergiopoulos, Pat O'Campo, Stephen Hwang, Agnes Gozdzik, Jeyagobi Jeyaratnam, Vachan Misir, Rosane Nisenbaum, Suzanne Zerger et Maritt Kirst. 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, les équipes de recherche nationales, les équipes de recherche des cinq sites, les coordonnateurs de site (en particulier Faye More, coordonnatrice du projet à Toronto), les nombreux prestataires de logement et de services ainsi que les personnes ayant un savoir expérientiel qui ont participé à ce projet et à la recherche. Nous aimerions tout particulièrement remercier les participants du projet Chez Soi d'avoir accepté de partager avec nous leur vécu et leur histoire. Sans eux, ce projet n'aurait pas pu se concrétiser.

**St. Michael's**  
Inspired Care.  
Inspiring Science.

**CRICH**  
CENTRE FOR RESEARCH ON INNER CITY HEALTH

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

*This document is also available in English.*

### CITATION

Citer comme suit : Vicky Stergiopoulos, Pat O'Campo, Stephen Hwang, Agnes Gozdzik, Jeyagobi Jeyaratnam, Vachan Misir, Rosane Nisenbaum, Suzanne Zerger, et Maritt Kirst (2014). Projet Chez Soi - Rapport final du site de Toronto. 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 Toronto et Commission de la santé mentale du Canada, 2014

110, boul. Quarry Park Sud-est, bureau 320, Calgary (Alberta) T2C 3G3

# RAPPORT FINAL DU SITE DE TORONTO

## TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux .....	5
Résumé .....	6
<b>Chapitre 1 - Introduction .....</b>	<b>8</b>
Historique et contexte .....	8
Contexte de Toronto .....	8
<b>Chapitre 2 - Description du programme .....</b>	<b>10</b>
Chez Soi : Groupes de traitement .....	10
<b>Chapitre 3 - Échantillon .....</b>	<b>12</b>
Caractéristiques démographiques des participants .....	12
Antécédents d'itinérance .....	12
Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé) .....	13
<b>Chapitre 4 - Résultats relatifs au logement .....</b>	<b>15</b>
<b>Chapitre 5 - Résultats relatifs à l'utilisation des services et aux coûts .....</b>	<b>17</b>
Utilisation des services .....	17
Coûts .....	18
<b>Chapitre 6 - Résultats relatifs à la santé et à la société .....</b>	<b>19</b>
Résultats relatifs au fonctionnement social, à la qualité de vie, à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes .....	19
Fonctionnement social .....	19
Qualité de vie .....	20
Résultats relatifs à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes .....	21
<b>Chapitre 7 - Expérience des utilisateurs de services et études secondaires propres au site de Toronto .....</b>	<b>22</b>
Expérience des utilisateurs de services : entrevues sur l'expérience personnelle des participants du site de Toronto .....	22

# RAPPORT FINAL DU SITE DE TORONTO

## TABLE DES MATIÈRES

Études secondaires propres au site de Toronto .....	23
Études sur la mise en œuvre et la fidélité .....	23
Chapitre 8 - Leçons tirées et incidence sur les politiques et les pratiques .....	25
Références .....	27
Annexes .....	29
Annexe A .....	29
Annexe B .....	31
Annexe C .....	33
Annexe D .....	35

# MESSAGES PRINCIPAUX

En plus d'être la ville la plus peuplée au Canada, Toronto est aussi celle qui est la plus diversifiée sur le plan ethnique puisqu'elle compte le plus grand nombre d'immigrants au pays. Près de 600 participants ont été suivis pendant jusqu'à deux ans au site de Toronto dans le cadre du projet Chez Soi. Environ 300 participants ont été placés dans les groupes d'intervention du modèle Logement d'abord. Enfin, près de 80 p. 100 de tous les participants ont accordé une entrevue finale. Il existait déjà à Toronto un réseau de services pour les personnes atteintes de maladie mentale ou qui sont itinérantes. Les quelque 300 participants qui ont reçu le traitement habituel (groupes témoins) avaient accès à ce réseau pendant la période du projet.

Les participants des groupes d'intervention ont bénéficié du soutien d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) s'ils avaient des besoins élevés ou, si leurs besoins étaient modérés, ils avaient accès à un programme de soutien d'intensité variable (SIV) ou encore à un programme de SIV axé sur la diversité ethnoraciale conçu localement.

## 1 Le modèle Logement d'abord peut être mis en œuvre avec succès dans un grand centre urbain diversifié sur le plan ethnique.

Les participants du site de Toronto étaient en majorité des hommes (68 p. 100), étaient célibataires et n'avaient jamais été mariés (70 p. 100). Dans 54 p. 100 des cas, ils étaient âgés de 35 à 54 ans. Plus de la moitié des participants appartenaient à un groupe ethnoracial (59 p. 100) et près de la moitié étaient des immigrants (46 p. 100). Les participants étaient en situation d'itinérance absolue dans une proportion de 93 p. 100 et la durée moyenne d'itinérance était de 5,25 à ± 6,19 années. Plus des deux tiers des participants (67 p. 100) satisfaisaient les critères pour au moins deux problèmes de santé mentale ou de consommation de substances intoxicantes et le trouble psychotique était la maladie mentale la plus prévalente (37 p. 100). Globalement, 58 p. 100 des participants ont signalé un problème lié à la consommation de substances intoxicantes. Un peu plus de la moitié (54 p. 100) ont indiqué avoir subi un traumatisme crânien.

## 2 Le modèle Logement d'abord peut rapidement réduire le phénomène de l'itinérance.

À la fin du projet, les participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement de façon stable pendant 80 p. 100 du temps comparativement à 54 p. 100 du temps pour les participants des groupes témoins. Au cours des six derniers mois du projet, 72 p. 100 des participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement en tout temps, 16 p. 100, une partie du temps et 12 p. 100 en aucun temps. En revanche, 36 p. 100 des participants des groupes témoins avaient occupé un logement en tout temps, 25 p. 100, une partie du temps et 39 p. 100 en aucun temps. La qualité moyenne était semblable pour les logements des groupes d'intervention et des groupes témoins et la qualité des logements pour les participants des groupes d'intervention était plus uniforme.

## 3 Le modèle Logement d'abord permet de réaliser des économies, notamment pour les participants aux besoins élevés.

En moyenne, l'intervention coûte annuellement 21 089 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 14 731 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Pendant les deux ans qu'a duré le projet, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 15,05 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 2,90 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Pour les participants qui ont des besoins élevés, ces économies sont notamment attribuables à une réduction du nombre d'hospitalisations, de consultations auprès d'intervenants en matière de santé et de visites à l'urgence ainsi qu'à une réduction de l'utilisation des refuges. Bien que les participants qui ont des besoins modérés aient réduit leur fréquentation des refuges, les coûts liés à leurs hospitalisations en milieu psychiatrique ont augmenté.

## 4 Le modèle Logement d'abord peut améliorer le fonctionnement social et la qualité de vie.

Pendant le projet, le fonctionnement social tel qu'évalué par un observateur et la qualité de vie autodéclarée indiquent une amélioration chez les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins. Toutefois, les participants des groupes d'intervention ont présenté une amélioration statistiquement significative en matière de fonctionnement social par rapport aux participants des groupes témoins. De même, la qualité de vie s'est améliorée de façon considérable chez les participants aux besoins modérés qui appartiennent à des groupes ethnoraciaux par rapport aux participants des groupes témoins de la même catégorie.

## 5 De nombreuses leçons ont été apprises pour la mise en œuvre et l'adaptation réussies d'un programme avec modèle Logement d'abord.

L'évaluation en continu du programme a permis de comprendre les obstacles et les facteurs qui influent positivement sur la mise en œuvre du modèle Logement d'abord. Elle a également permis d'identifier les adaptations qui peuvent être nécessaires pour répondre aux besoins uniques d'une population urbaine diversifiée. Le fait de combiner la philosophie du modèle Logement d'abord à un cadre de lutte au racisme et à l'oppression met en lumière qu'il est possible d'adapter ce modèle avec succès pour ce type de population. D'autres adaptations pourraient être nécessaires pour répondre aux besoins du petit nombre de participants des groupes d'intervention du site de Toronto pour lesquels la stabilité d'occupation du logement n'est pas devenue une réalité.

## 6 Les chiffres ne font pas toujours foi de tout.

Les méthodes qualitatives, y compris les entrevues sur l'expérience personnelle avec un échantillon représentatif de participants, ont levé le voile sur les trajectoires qui ont mené à l'itinérance, sur les expériences de la maladie mentale, sur les stratégies d'adaptation et la résilience ainsi que sur les parcours de début et de fin de l'itinérance et l'effet connexe sur la santé mentale et l'utilisation des services. Des sous-études ont aidé les chercheurs à mieux comprendre l'expérience de discrimination des participants. Les entrevues sur l'expérience personnelle ont révélé que des changements positifs et négatifs étaient survenus dans la vie des participants des groupes d'intervention et des groupes témoins. D'ailleurs, bon nombre des participants ont affirmé que le fait d'occuper un logement leur avait permis d'opérer des changements constructifs dans leur vie. Les participants ont indiqué que l'expérience de locataire a créé chez eux un sentiment de contrôle et de sécurité, deux valeurs requises pour amorcer un processus de rétablissement. D'autres sous-études ont également aidé les chercheurs à mieux comprendre l'expérience de logement et de relogement des participants ainsi que les expériences des propriétaires qui participaient au projet. La contribution du caucus torontois des personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale a ajouté une nouvelle dimension au projet Chez Soi de Toronto.

# RÉSUMÉ

L'itinérance est un problème socio-économique persistant qui touche des milliers de Canadiens et de Canadiennes. Chaque soir à Toronto, ville la plus peuplée du Canada, 5 000 personnes sont forcées de coucher à l'extérieur. En 2008, environ 28 000 personnes ont visité les refuges pour personnes itinérantes pendant l'année. Le modèle Logement d'abord est devenu une pratique fondée sur des données probantes qui permet de répondre aux besoins uniques de cette population.

Le projet expérimental de recherche Chez Soi est une intervention en matière de santé complexe qui a examiné le modèle Logement d'abord dont l'objectif est d'améliorer la vie des personnes qui sont itinérantes et qui souffrent de graves problèmes de santé mentale. Le projet était financé par Santé Canada par l'entremise de la Commission de la santé mentale du Canada. Il a tiré parti des données probantes existantes et des connaissances sur le terrain et les applique au contexte canadien. Le projet Chez Soi a été mis en œuvre dans cinq villes canadiennes, c'est-à-dire Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver. L'objectif était de recueillir des données probantes sur l'efficacité des services et des interventions pour les personnes qui sont itinérantes et qui sont atteintes de maladie mentale, ce qui aidera à orienter les politiques et les programmes afin de mettre fin à l'itinérance au Canada.

## Le rapport décrit les conclusions relatives au projet Chez Soi de Toronto.

Il expose également le contexte propre au site et ses particularités sur le plan du développement, y compris une intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale qui permet de mieux répondre aux besoins des personnes itinérantes de différents groupes ethnoraciaux. Avant même le début du projet Chez Soi, Toronto offrait déjà une multitude de services variés aux personnes qui sont itinérantes ou qui sont atteintes de maladie mentale. Une autre particularité intéressante du site de Toronto est que les personnes ayant un vécu expérientiel de l'itinérance et de la maladie mentale ont participé à la planification, au développement et à la mise en œuvre du projet.

Pour le site de Toronto, 575 participants ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention ou à un groupe témoin. Avant la randomisation (répartition aléatoire), les participants ont été divisés en deux catégories : besoins élevés et besoins modérés. La catégorisation était basée sur l'incapacité du participant et ses besoins en matière de services de santé mentale. Les participants aux besoins élevés ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIM ou à un groupe témoin avec traitement habituel. Les participants aux besoins modérés ont été de plus divisés en fonction de leur groupe ethnoracial. Les participants aux besoins

modérés qui n'appartenaient pas à un groupe ethnoracial ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIV ou à un groupe témoin avec traitement habituel. Les participants aux besoins modérés qui appartenaient à un groupe ethnoracial ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale, à un groupe d'intervention avec SIV ou à un groupe témoin. Le taux de suivi global a été de 80 p. 100 (87 p. 100 pour les groupes d'intervention et 73 p. 100 pour les groupes témoins).

Les participants étaient pour l'essentiel des hommes (68 p. 100) âgés de 35 à 54 ans (54 p. 100). Dans 54 p. 100 des cas, ils étaient nés au Canada. Un peu moins des trois quarts (70 p. 100) étaient célibataires et n'avaient jamais été mariés, et 72 p. 100 n'avaient aucun enfant à charge. La presque totalité des participants (95 p. 100) étaient sans emploi, et le tiers (28 p. 100) ont déclaré un revenu mensuel inférieur à 300 dollars. Au début du projet, les problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (58 p. 100), les troubles psychotiques (37 p. 100) et une suicidalité modérée ou élevée (30 p. 100) étaient fortement prévalents chez les participants. Près de la moitié des participants (43 p. 100) avaient été hospitalisés à au moins deux reprises pour des problèmes de santé mentale pendant une année dans les cinq années précédant le début du projet. Plus de la moitié des participants

(54 p. 100) avaient subi au moins un traumatisme crânien, et 49 p. 100 n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Bon nombre des participants avaient été victimisés dans les six mois précédant le projet, c'est-à-dire que 32 p. 100 avaient été victimes d'un vol ou de menaces de vol, 37 p. 100 avaient été menacés de violence physique et 32 p. 100 avaient été agressés physiquement. Plus du tiers des participants (38 p. 100) ont signalé avoir eu des démêlés avec le système de justice pénale durant les six mois précédant le début du projet. Dans une proportion de 51 p. 100, les participants ont déclaré n'avoir personne à qui se confier, ce qui illustre bien l'absence d'un soutien social de base.

Nous avons évalué l'efficacité des interventions du modèle Logement d'abord durant la période du projet en examinant plusieurs aspects, y compris la stabilité d'occupation, les résultats relatifs à la santé et à la société ainsi que l'incidence économique. La stabilité d'occupation revêt une importance primordiale pour ce projet. Elle s'est considérablement améliorée pour tous les groupes d'intervention par rapport aux groupes témoins. À la fin du projet, les participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement de façon stable pendant 80 p. 100 du temps comparativement à 54 p. 100 du temps pour les participants des groupes témoins. Au cours des six derniers mois du projet, 72 p. 100 des

participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement en tout temps, 16 p. 100, une partie du temps, et 12 p. 100, en aucun temps. En revanche, 36 p. 100 des participants des groupes témoins avaient occupé un logement en tout temps, 25 p. 100, une partie du temps, et 39 p. 100, en aucun temps. La qualité moyenne était semblable pour les logements des groupes d'intervention et des groupes témoins, mais la qualité des logements pour les participants des groupes d'intervention était plus uniforme.

Nous avons également examiné la qualité de vie autodéclarée (outil QOLI-20) et le fonctionnement social du point de vue de l'observateur (échelle de l'habileté communautaire de Multnomah ou MCAS). La qualité de vie et le fonctionnement social des participants des groupes d'intervention et des groupes témoins se sont améliorés et, dans certains cas, il n'y avait aucune différence significative relativement au degré d'amélioration. Nous avons cependant relevé une légère amélioration de la qualité de vie des participants aux besoins modérés qui appartiennent à des groupes ethnoraciaux et qui font partie des deux groupes d'intervention avec SIV par rapport aux participants des groupes témoins. Pour les participants du groupe d'intervention à besoins élevés, le fonctionnement social s'est amélioré par rapport aux participants du groupe témoin. De plus, durant la dernière entrevue, les scores à l'échelle MCAS étaient considérablement plus élevés pour les participants avec SIM que pour ceux du groupe témoin. De même, les scores à l'échelle MCAS des participants aux besoins modérés qui appartenaient à un groupe ethnoracial étaient sensiblement plus élevés au moment de la dernière entrevue. De plus, ces scores se sont améliorés durant la période du projet par rapport au groupe témoin.

L'incidence économique du modèle Logement d'abord a également été examinée en tenant compte de tous les coûts pris en charge par la société. L'intervention avec logement coûte en moyenne annuellement 21 089 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 14 731 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel et les dépenses comme les déplacements, les services publics et les suppléments au loyer. L'intervention avec logement auprès des participants qui ont des besoins élevés est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours de la période de deux ans suivant le début du projet, les services offerts aux groupes d'intervention ont permis de réduire les coûts en moyenne de 31 747 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 4 274 dollars pour les participants qui ont

des besoins modérés. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 15,05 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 2,90 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ces économies nettes s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Pour les participants qui ont des besoins élevés, nous avons observé une réduction des coûts pour les hospitalisations en milieu psychiatrique, les consultations en cabinet ou au domicile par des pourvoyeurs de services de santé ou de services sociaux ainsi que l'incarcération en pénitencier ou en prison. Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les séjours dans les refuges et l'occupation de chambres individuelles avec services. Toujours pour ces participants, nous avons constaté une augmentation des coûts en matière d'hospitalisations en unité psychiatrique d'hôpital général.

Des méthodes qualitatives ont également été employées pour documenter le processus de création et de planification au site de Toronto. Celles-ci servaient non seulement à faire ressortir les facteurs critiques ayant mené à la mise en œuvre réussie du modèle Logement d'abord, mais aussi à relater les expériences de rétablissement des participants.

Parmi les caractéristiques clés de ce travail qualitatif, soulignons la documentation du processus par lequel une équipe diversifiée de partenaires à Toronto a planifié une intervention complexe en matière de santé qui s'harmonise avec les besoins et les intérêts locaux dans le contexte d'un environnement communautaire et social hautement politisé. Les processus d'évaluation ont identifié les réussites et les enjeux du site de Toronto, ce qui a permis de mieux comprendre les obstacles et les facteurs qui influent positivement sur la mise en œuvre du modèle Logement d'abord. Plusieurs facteurs contextuels entrent en ligne de compte quant à la mise en place du projet à Toronto, et des stratégies d'adaptation et d'innovation subséquentes ont également été identifiées. Le présent rapport souligne également les principales caractéristiques du troisième volet d'étude du projet Chez Soi de Toronto, lequel réunit la philosophie du modèle Logement d'abord et un cadre de lutte au racisme et à l'oppression (voir ci-dessus) afin de mobiliser des clients de groupes marginalisés en raison de la race.

Des méthodes qualitatives ont également été employées auprès des participants pour mieux comprendre les trajectoires qui ont mené à l'itinérance, les expériences de la maladie mentale, les parcours de début et de fin de

l'itinérance ainsi que l'effet connexe sur la santé mentale et l'utilisation des services. Les entrevues sur l'expérience personnelle réalisées avec un sous-échantillon représentatif ont révélé que des changements positifs et négatifs étaient survenus dans la vie des participants des groupes d'intervention et des groupes témoins. D'ailleurs, bon nombre des participants ont affirmé que le fait d'occuper un logement leur avait permis d'opérer des changements constructifs dans leur vie. Les participants ont indiqué que l'expérience de locataire a créé chez eux un sentiment de contrôle et de sécurité, deux valeurs requises pour amorcer un processus de rétablissement. Le présent rapport souligne les changements positifs et négatifs rapportés par les participants pendant la durée du projet.

Le travail qualitatif a permis d'explorer plusieurs thèmes importants qui sont étayés par les résultats de nombreuses sous-études réalisées au site de Toronto. Les résultats de ces études sont mentionnés dans le présent rapport et portent sur les stratégies d'adaptation et de résilience des participants, l'expérience de logement et de relogement des participants des groupes d'intervention ainsi que les expériences des propriétaires qui participaient au projet. Le présent rapport indique également les résultats d'une évaluation participative du caucus torontois des personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale.

En dernier lieu, le site de Toronto du projet Chez Soi est parvenu à obtenir un financement durable pour la prestation continue de services liés au modèle Logement d'abord. En partenariat avec le gouvernement du Canada pour une année, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'est engagé à fournir des suppléments au loyer annualisés et des services continus pour les participants du projet qui sont logés. De plus, l'équipe de recherche de Toronto du Centre for Research on Inner City Health de l'hôpital St. Michael's est parvenue à obtenir un financement accordé après examen par les pairs d'une valeur de 1,9 million de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada afin d'évaluer les résultats à long terme du modèle Logement d'abord. Cette somme permettra à l'équipe de recherche de suivre les participants pendant quatre autres années au-delà de la période originale de deux ans.

Pour en savoir plus sur les activités et les résultats du projet, il est recommandé de consulter les nombreux rapports et les autres publications disponibles. Les résultats obtenus au site de Toronto du projet Chez Soi permettent de tirer des leçons importantes en matière de recherche, de politique et de planification de programmes autant à l'échelle municipale que dans d'autres provinces et territoires.

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

### Historique et contexte

Le modèle Logement d'abord est une intervention complexe qui a vu le jour à titre d'approche fondée sur des données probantes visant à répondre aux besoins des personnes itinérantes et atteintes de maladie mentale. Les traitements offerts à cette population ont toujours suivi un continuum linéaire de soins dans le cadre duquel les participants qui ne répondent pas aux exigences rigoureuses liées à la consommation et au traitement psychiatrique ne peuvent obtenir de logement permanent<sup>1</sup>. À l'opposé, le modèle Logement d'abord donne immédiatement accès à un logement autonome permanent et, simultanément, fournit aux participants un traitement et des services de soutien en santé mentale axés sur leurs besoins; pour obtenir un logement, les participants ne sont donc pas obligés d'accepter préalablement de suivre un traitement psychiatrique ou de prouver qu'ils sont sobres<sup>2-4</sup>. Des recherches antérieures réalisées aux États-Unis sur ce modèle ont révélé qu'il peut influencer de manière positive sur la satisfaction et la stabilité d'occupation, les symptômes psychiatriques et les choix des participants, en plus d'entraîner des coûts moindres que les programmes de logement traditionnels<sup>5,12</sup>. Aucune donnée de ce type relative à la situation au Canada n'était disponible jusqu'alors.

En 2008, par l'intermédiaire d'un accord de financement entre Santé Canada et la Commission de la santé mentale du Canada, le gouvernement fédéral a investi 110 millions de dollars pour appuyer un projet de démonstration quinquennal visant à évaluer les services et systèmes les plus susceptibles d'aider, dans le contexte canadien, les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale grave. Ce financement a servi à mettre en place le projet Chez Soi, un essai pragmatique du modèle Logement d'abord dans cinq villes du Canada (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton).

Le modèle Logement d'abord adopté par le projet Chez Soi fournit aux participants un logement, des services de soutien et au moins une visite hebdomadaire par l'équipe de service. Les participants consacrent tout au plus 30 p. 100 de leur revenu à leur loyer, le solde étant acquitté par la subvention locative. Tous les aspects du programme, y compris le logement et les services de soutien, mettent l'accent sur le choix du client. Les services de soutien sont fournis selon le niveau de besoin : les participants aux besoins élevés font l'objet d'un SIM et ceux qui ont des besoins modérés font l'objet d'un SIV. Étant donné que le programme met l'accent sur le choix du client, les services dispensés par les équipes de SIM et de SIV, y compris l'orientation vers d'autres organismes et ressources, varient selon les besoins de chaque participant.

**2006**  
**POPULATION DE**  
**TORONTO**  
**= 2,5 MILLIONS**

**47 %** ORIGINE  
ETHNORACIALE

**> 200** ORIGINES  
DIFFÉRENTES

### Contexte de Toronto

Toronto est la ville la plus peuplée du Canada et la plus diversifiée sur le plan ethnique : en 2006, on estimait sa population à 2,5 millions de personnes<sup>13</sup>, dont près de la moitié (47 p. 100) affirmaient appartenir à un groupe ethnoracial, ce qui représentait plus de 200 origines différentes<sup>14</sup>. En outre, la moitié de la population de Toronto est composée d'immigrants, et 81 p. 100 des immigrants qui se sont établis à Toronto de 2001 à 2006 appartiennent à des minorités visibles<sup>15</sup>.

Dans cette ville, l'itinérance est un problème permanent : chaque nuit, plus de 5 000 personnes n'ont pas d'endroit où dormir<sup>13,16</sup>. De ce nombre, plus des trois quarts (79 p. 100) habitent dans un refuge, 8 p. 100 dans la rue, 6 p. 100 dans un établissement correctionnel, 4 p. 100 dans un établissement de soins de santé ou de traitement et 3 p. 100 dans une maison d'hébergement pour femmes battues<sup>17</sup>. En 2008, environ 28 000 personnes ont eu recours à des refuges pour itinérants<sup>18</sup>.

La composition diversifiée de la ville se reflète dans la population itinérante. La Ville de Toronto a défini les groupes ethnoraciaux et immigrants comme présentant un risque élevé d'itinérance<sup>19</sup>. Selon une étude récente sur utilisateurs des refuges et des programmes de repas, près de la moitié (45 p. 100) de la population itinérante de Toronto appartient à un groupe ethnique non caucasien et se compose en grande partie de Noirs (22 p. 100) et d'Autochtones (9 p. 100)<sup>20</sup>. Environ le tiers des itinérants de la ville sont des immigrants qui ont de la difficulté à obtenir des services pour des raisons raciales, linguistiques ou de stigmatisation sociale<sup>21,22</sup>.

Le site de Toronto suit la conception globale du projet de démonstration Chez Soi<sup>23</sup>. Cependant, le contexte de la ville et le développement du projet à cet endroit comportent plusieurs éléments importants, voire uniques. Premièrement, les services déjà offerts à Toronto aux itinérants sont assez nombreux et variés (centres de jour, refuges d'urgence, programmes de repas, services d'approche dans la rue, logements avec services partiels,



On a demandé à plusieurs personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale et de l'itinérance de participer à la planification, à la conception et à l'exécution de l'étude. Elles ont fourni avis et expertise durant le processus d'élaboration ainsi que des conseils relatifs à tous les aspects du projet.

autres types de logements, etc.). Deuxièmement, Toronto dispose d'un vaste réseau de services de santé mentale à l'intention des personnes logées et itinérantes, y compris des services aux patients hospitalisés et en consultation externe, des services de gestion de cas, des services de SIM, des programmes d'urgence et des services offerts par des organismes axés sur les groupes ethnoraciaux. Troisièmement, la Ville de Toronto dirige le programme Street to Home, qui intervient auprès des personnes itinérantes vivant à l'extérieur en utilisant une version modifiée du modèle Logement d'abord, sans subvention locative<sup>24</sup>. Quatrièmement, le rôle des personnes ayant un vécu de l'itinérance et de la maladie mentale représente un élément unique du projet Chez Soi au site de Toronto : on a demandé à plusieurs d'entre elles de participer à la planification, à

la conception et à l'exécution de l'étude; en outre, elles ont fourni avis et expertise durant le processus d'élaboration ainsi que des conseils relatifs à tous les aspects du projet, notamment à la prestation des services et aux protocoles de recherche durant toute l'étude. Cinquièmement, le site de Toronto a mis en place un programme unique d'intervention qui assure un SIV axé sur la diversité ethnoraciale aux participants ayant des besoins modérés et appartenant à un groupe marginalisé en raison de la race. Enfin, le site de Toronto du projet Chez Soi est chapeauté par un partenariat intersectoriel qui favorise l'intégration dans les secteurs de la santé mentale, du logement, des services sociaux et de la recherche. Les figures 10-1 et 10-2 illustrent les partenariats et la gouvernance du site de Toronto; elles sont fournies à l'annexe A.

# CHAPITRE 2

## DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le projet Chez Soi prenait la forme d'un essai clinique randomisé (ECR) dans le cadre duquel les participants faisaient l'objet d'un suivi de 24 mois. Avant la randomisation, tous les participants admissibles ont été divisés en deux groupes (besoins élevés et besoins modérés) selon un algorithme qui tenait compte du fonctionnement social (mesuré à l'aide de l'échelle de l'habileté communautaire de Multnomah [MCAS]), du diagnostic de trouble mental (déterminé à l'aide du questionnaire MINI [Mini International Neuropsychiatric Interview]), de la consommation concomitante de substances intoxicantes ainsi que des antécédents d'hospitalisation et d'incarcération. Tous les éléments de l'algorithme utilisé pour la division des participants selon l'ampleur de leurs besoins sont indiqués au tableau 10-1 de l'annexe B.

En ce qui concerne le site de Toronto, les patients aux besoins modérés ont été aussi divisés selon leur appartenance à un groupe ethnoracial avant la randomisation. Les participants qui ne se sont pas définis comme membres d'un groupe ethnoracial ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIV ou à un groupe témoin avec traitement habituel. Les participants qui se sont déclarés membres d'un groupe ethnoracial ont été affectés, au choix, à un groupe d'intervention avec SIV ordinaire ou à un groupe d'intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale. Les participants avaient la possibilité de choisir, tant qu'il restait des places dans les groupes de l'étude. Ainsi, des participants aux besoins modérés appartenant à un groupe ethnoracial ont été affectés aux groupes d'intervention avec SIV ordinaire et avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale. La Figure 10-1 de l'annexe A illustre le cheminement des participants tout au long de l'étude.

Les participants aux besoins élevés ont été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention avec SIM ou à un groupe témoin avec traitement habituel, peu importe leur appartenance à un groupe ethnoracial. Étant donné l'absence d'intervention ethnoraciale unique pour les participants aux besoins élevés, l'ensemble de ces participants affectés aléatoirement à un traitement ont reçu des services par la même équipe de SIM (Figure 10-3 de l'annexe A). Toutes les équipes ont suivi une formation en matière de compétences culturelles et de principes de lutte au racisme et à l'oppression.

Les participants qui se sont déclarés membres d'un groupe ethnoracial ont été affectés, au choix, à un groupe d'intervention avec SIV ordinaire ou à un groupe d'intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale.

### Chez Soi : Groupes de traitement

Le site de Toronto comptait trois groupes de traitement : intervention avec SIM et logement, intervention avec SIV et logement et intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale et logement. Les principales caractéristiques de chaque groupe sont résumées au Tableau 3-1 de l'annexe B. Dans tous les groupes, les services offerts aux participants comptaient plusieurs éléments communs :

- Tous les participants affectés aléatoirement aux groupes d'intervention ont reçu une allocation de logement mensuelle de 600 dollars. Cette allocation était versée directement au propriétaire, mais le nom des participants figurait sur le bail; par conséquent, ceux-ci bénéficiaient de tous les droits et devaient respecter toutes les obligations revenant aux locataires en vertu des lois provinciales. Le budget de l'étude prévoyait également une allocation pour l'achat de meubles et le déménagement. Les logements étaient principalement des appartements privés en habitat dispersé.
- De plus, les participants des groupes d'intervention ont reçu des services de soutien, qui différaient selon les besoins et l'appartenance à un groupe ethnoracial (vous trouverez à la page suivante de plus amples renseignements sur chaque groupe de traitement, ainsi qu'à la Figure 10-3 et au Tableau 3-1). Les services ont été offerts tout au long de l'étude, mais la participation des clients au traitement de leur maladie mentale et de leur toxicomanie était volontaire (autrement dit, le logement n'était pas conditionnel à la participation au traitement).
- L'abstention de consommer de la drogue ou de l'alcool n'était pas exigée des participants. Les seules contraintes imposées aux participants des groupes d'intervention étaient le versement de leur loyer directement au propriétaire et l'obligation de rencontrer un gestionnaire de cas au moins une fois par semaine.

Les seules contraintes imposées aux participants des groupes d'intervention étaient le versement de leur loyer directement au propriétaire et l'obligation de rencontrer un gestionnaire de cas au moins une fois par semaine.

### **Intervention avec suivi intensif dans le milieu et logement**

Les participants aux besoins élevés affectés aléatoirement au groupe d'intervention se sont vu offrir des services par une équipe de SIM. Cette équipe présentait un ratio participant-personnel de 9:1 et était disponible sept jours par semaine. La nuit, les services d'urgence étaient assurés par la ligne d'urgence de la ville de Toronto. Les participants pouvaient faire appel à tous les membres de l'équipe de SIM, qui comprenait des psychiatres et des infirmières. Les membres de l'équipe de SIM fournissaient tous les services pertinents : gestion de cas, évaluation initiale et continue, services psychiatriques, aide à l'emploi et au logement, soutien à la famille et éducation, services liés à la consommation de substances intoxicantes et autres services qui aident les participants à mener une vie normale dans la communauté.

### **Intervention avec soutien d'intensité variable et logement**

Les participants affectés aléatoirement au groupe d'intervention avec soutien d'intensité variable et logement ont été jumelés avec un gestionnaire de cas qui a élaboré un plan de services avec eux. Ce groupe mettait l'accent sur la stabilité d'occupation et les objectifs de rétablissement déterminés par les utilisateurs. Les gestionnaires de cas coordonnaient les services dont les participants avaient besoin et accompagnaient ces derniers à leurs rendez-vous. L'équipe de SIV avec logement de Toronto avait accès à un psychiatre une demi-journée par semaine.

### **Intervention avec soutien d'intensité variable axé sur la diversité ethnoraciale et logement**

Tout comme les participants du groupe avec SIV et logement, les participants du groupe d'intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale et logement ont été jumelés avec un gestionnaire de cas qui les a aidés à élaborer un plan de services. Ce groupe s'efforçait également d'offrir des services et des programmes tenant compte de la diversité ethnoraciale. Les gestionnaires de cas ont adopté une approche holistique des soins de santé mentale qui tenait compte des aspects spirituels, émotionnels, mentaux, physiques, sociaux, économiques, culturels et linguistiques ainsi que du contexte général, y compris les déterminants sociaux de la santé. L'un des principaux objectifs de ce modèle consistait à aider les participants à composer avec le racisme et l'oppression ainsi qu'à bâtir des réseaux de soutien qui incluent les membres de leur famille et leurs amis. Parmi les autres programmes offerts aux participants du groupe de SIV axé sur la diversité ethnoraciale, mentionnons une aide mutuelle à l'intégration, l'acquisition de compétences, des activités sociales et récréatives, des groupes de soutien, des thérapies parallèles et complémentaires (art-thérapie, musicothérapie, etc.), de l'expression créatrice, des cuisines communautaires ainsi qu'une approche individuelle et communautaire. L'équipe de SIV axé sur la diversité ethnoraciale de Toronto avait accès à un psychiatre une demi-journée par semaine.

### **Groupe témoin avec traitement habituel**

Les participants affectés aléatoirement au groupe témoin avec traitement habituel ont eu accès à une variété de programmes et de services communautaires déjà offerts par la Ville de Toronto. Parmi ces programmes et services destinés aux itinérants, on retrouve des centres de jour, des refuges d'urgence, des programmes de repas, des services d'approche dans la rue ainsi que des logements avec services partiels et autres logements. En outre, plusieurs services de santé mentale sont offerts aux personnes logées et itinérantes, y compris des services aux patients hospitalisés et en consultation externe, des services de gestion de cas, des services de SIM (comme ceux décrits ci-dessus), des services d'aide juridique, des programmes d'urgence et des services offerts par des organismes axés sur les groupes ethnoraciaux. Enfin, le programme Street to Home, dirigé par la Ville de Toronto, intervient auprès des personnes itinérantes vivant à l'extérieur en utilisant une version modifiée du modèle Logement d'abord<sup>24</sup>. Dans le cadre de l'étude, les membres du groupe témoin avec traitement habituel ont reçu toute l'information nécessaire sur ces services existants.

# CHAPITRE 3

## ÉCHANTILLON

D'octobre 2009 à juin 2011, le site de Toronto du projet Chez Soi a reçu un total de 1 342 recommandations. La proportion la plus élevée des recommandations émanait des refuges (39 p. 100), mais les centres de jour (14 p. 100), les programmes d'approche (12 p. 100), les hôpitaux (11 p. 100) et les services de santé mentale (7 p. 100) étaient également d'importantes sources de recrutement. Un total de 726 recommandations (54 p. 100) a franchi l'étape de l'évaluation initiale de l'admissibilité et poursuivi le processus de sélection.

Un total de 575 personnes (43 p. 100 de toutes les recommandations) ont respecté tous les critères d'admissibilité, fourni leur consentement éclairé et passé les entrevues de sélection et de référence. De ce nombre, 197 ont respecté les critères du groupe à besoins élevés et 378, ceux du groupe à besoins modérés. À la suite de la randomisation, 301 personnes ont été affectées à l'un des trois groupes d'intervention et 274 personnes, aux groupes témoins respectifs. Parmi les groupes d'intervention, 97 personnes ont été affectées au groupe d'intervention avec SIM, 102 au groupe d'intervention avec SIV et 102 au groupe d'intervention avec SIV axé sur la diversité ethnoraciale (figure 3-1).

### Caractéristiques démographiques des participants

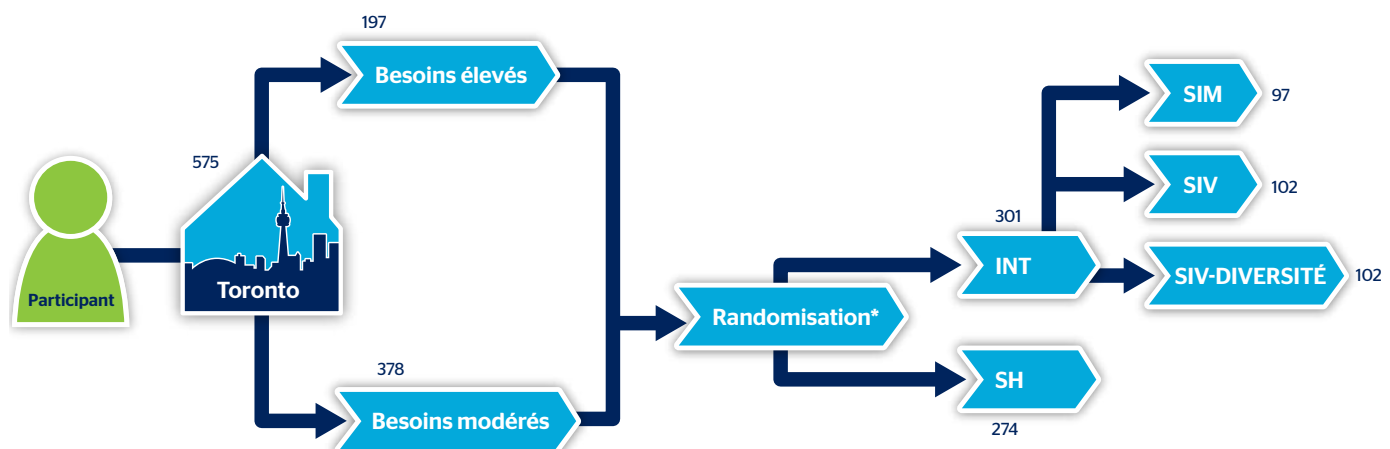
Le tableau 3-3 résume les caractéristiques des participants de l'ensemble de l'échantillon selon l'ampleur des besoins au début du projet. Plus de la moitié des participants étaient âgés de 35 à 54 ans (54 p. 100), environ le tiers des participants étaient âgés de 34 ans ou moins (36 p. 100) et la tranche restante de 10 p. 100 était composée de participants âgés de 55 ans ou plus. Tandis que les hommes sont plus nombreux au sein de la population itinérante en général, nous avons créé un échantillon comportant un nombre élevé de femmes afin d'en apprendre davantage à propos de ce groupe peu étudié. Ainsi, 68 p. 100 des participants au projet

étaient des hommes et 30 p. 100 étaient des femmes. Plus de la moitié des participants (54 p. 100) ont indiqué que le Canada était leur pays natal. Plus de la moitié des participants ont déclaré être d'origine non autochtone et non caucasienne (59 p. 100). Seulement 4 p. 100 des participants au projet étaient mariés ou conjoints de fait, et 28 p. 100 ont déclaré avoir au moins un enfant. Un pourcentage faible mais important (4 p. 100) de participants correspond à un groupe d'anciens combattants ayant servi le Canada ou un pays allié en temps de guerre. De nombreux indices laissent croire que les participants ont été confrontés à des difficultés multiples au cours de leur vie qui ont contribué à leur état de personnes défavorisées. Par exemple, près de la moitié (49 p. 100) des participants n'ont pas terminé leurs études secondaires et le tiers (28 p. 100) d'entre eux ont déclaré que leur revenu du mois précédent était inférieur à 300 dollars. Tandis que presque tous les participants (95 p. 100) étaient sans emploi au début du projet, plus des deux tiers (68 p. 100) avaient déjà occupé un emploi stable par le passé, ce qui laisse croire à un potentiel raisonnable de retour à l'emploi après une période de stabilisation dans un logement.

### Antécédents d'itinérance

La plupart des participants au projet ont été recrutés dans un refuge ou dans la rue. Un nombre impressionnant de participants ont indiqué qu'ils vivaient une absence de logement absolue (93 p. 100), tandis que 7 p. 100 vivaient en situation de logement précaire (pour voir les définitions, consulter le Tableau 10-2 de l'annexe B ou l'adresse <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full>). Un participant sur quatre (24 p. 100) a connu son premier épisode d'itinérance au cours de l'année précédant sa participation au projet. L'épisode d'itinérance le plus long ayant été déclaré par les participants est d'environ 360 mois, et la période totale d'itinérance des participants au cours de leur vie est généralement d'environ 35 mois (2,92 ans). Les participants ont indiqué que l'âge typique au premier épisode d'itinérance est d'environ 31 ans.

Figure 3-1 Répartition des participants



## Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé)

Au début du projet, les participants ont affirmé présenter des symptômes pouvant être attribuables aux maladies mentales suivantes : troubles psychotiques (37 p. 100), troubles non psychotiques (65 p. 100) et problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (58 p. 100). Près de la moitié des participants (43 p. 100) ont été hospitalisés en raison d'une maladie mentale au moins deux fois pendant toute période d'un an au cours des cinq années précédant le début du projet et 5 p. 100 des participants ont déclaré avoir été hospitalisés en raison d'une maladie mentale pendant plus de six mois au moins une fois au cours de cette période. En outre, plus de la moitié (54 p. 100) des participants ont signalé avoir subi un traumatisme crânien. Près du tiers (32 p. 100) ont dit avoir un problème ou un trouble d'apprentissage. Le score moyen des participants à l'échelle des expériences négatives durant l'enfance était de 4,1 (sur une possibilité de 10), ce qui indique une très forte exposition à la violence durant l'enfance ou à la négligence avant l'âge de 18 ans.

Plus du tiers (38 p. 100) des participants ont déclaré avoir eu des démêlés avec le système de justice pénale dans les six mois précédant le projet, avoir subi une arrestation à au moins une reprise, avoir été incarcérés ou mis en probation. Bon nombre des participants ont déclaré avoir été victimisés dans les six mois précédant le projet, c'est-à-dire que 32 p. 100 avaient été victimes d'un vol ou de menaces de vol, 37 p. 100 avaient été menacés de violence physique et 32 p. 100 avaient été agressés physiquement. Les participants ont manqué de soutien social de base; près de la moitié d'entre eux n'ont personne à qui se confier. En général, le niveau de détresse psychologique était également élevé : 30 p. 100 des participants ont dit avoir ressenti des symptômes correspondant à un risque de suicide moyen à élevé (le projet a mis en place des processus standard d'orientation vers des services pour les participants qui présentaient un risque de suicide).

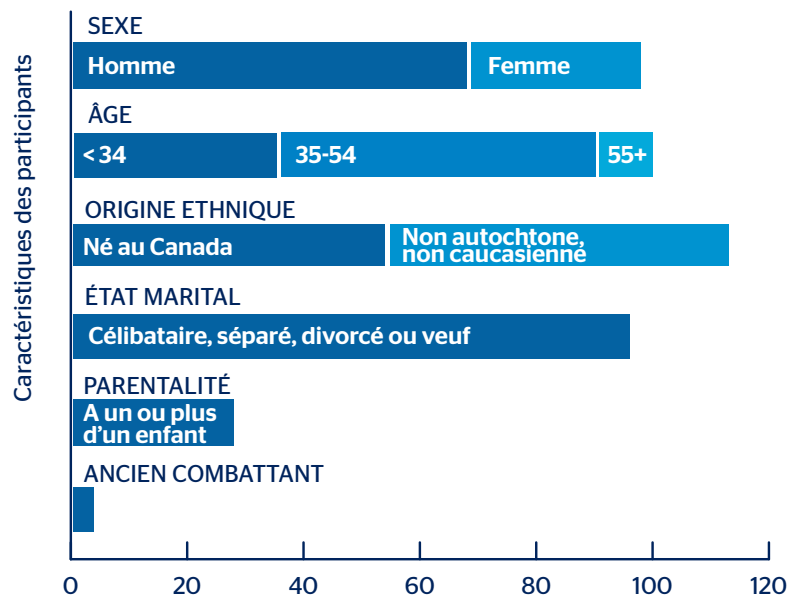


Tableau 31 : Caractéristiques démographiques des participants – Toronto\*

	ÉCHANTILLON N=575 %	ANALYSE SIM N=197 %	ANALYSE SIV N=378 %
GRUPE D'ÂGE			
34 ans ou moins	36	38	35
35 à 54 ans	54	54	53
55 ans ou plus	10	8	12
SEXE			
Homme	68	73	66
Femme	30	26	31
Autre	2	1	2
PAYS NATAL			
Canada	54	61	51
Autre	46	39	49
ORIGINE ETHNIQUE <sup>^</sup>			
Autochtone	5	5	5
Autre groupe ethnoculturel	59	51	63
ÉTAT MATRIMONIAL			
Célibataire, jamais marié	70	74	68
Marié ou conjoint de fait	4	4	4
Autre	26	22	28
PARENTALITÉ			
Au moins un enfant	28	24	30
NIVEAU D'ÉTUDES			
N'a pas terminé ses études secondaires	49	52	47
A terminé ses études secondaires	19	19	19
Études postsecondaires	32	29	34
SERVICE MILITAIRE (Canada ou pays allié)	4	3	4
Revenu du mois précédent inférieur à 300 dollars	28	29	27
ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI (travail en continu pendant au moins un an dans le passé)	68	66	69
Actuellement sans emploi	95	97	94

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

<sup>^</sup> Ces valeurs ne reflètent pas les proportions de la population itinérante en général en raison du suréchantillonnage délibéré des groupes ethnoculturels.

Tableau 3-2 : Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé) – Toronto\*

	ÉCHANTILLON N=575 %	ANALYSE SIM N=197 %	ANALYSE SIV N=378 %
Étendue des besoins# (déterminée à la sélection)			
Besoins élevés	34	100	0
Besoins modérés	66	0	100
Enfance ponctuée d'événements traumatisants (questionnaire ACE) Score moyen (sur un total possible de 10)	41	3,9	4,2
TROUBLE COGNITIF			
Ont bénéficié d'aide à l'apprentissage à l'école	35	38	34
Présentent un trouble d'apprentissage	32	35	31
DIAGNOSTIC À L'ADMISSION			
Trouble psychotique	37	59	26
Trouble non psychotique	65	43	77
Problème de consommation de substances intoxicantes	58	61	57
RISQUE SUICIDAIRE À L'ADMISSION Modéré ou élevé	30	24	33
FONCTIONNEMENT SOCIAL À L'ADMISSION (appréciation de l'observateur) Score moyen à l'échelle MCAS <sup>§</sup> (scores minimal et maximal)	61 (33 - 79)	55 (33 - 62)	65 (46 - 79)
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE <sup>§</sup> (plus de six mois dans les cinq années précédentes)	5	12	1
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE <sup>§</sup> (à deux reprises ou plus dans une année au cours des cinq dernières années)	43	76	26
PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE GRAVES			
Asthme	20	20	21
Bronchite chronique ou emphysème	11	12	11
Hépatite C	13	12	13
Hépatite B	2	2	2
VIH ou sida	1	2	1
Épilepsie ou trouble convulsif	9	15	6
Maladie cardiaque	5	6	4
Diabète	10	12	9
Cancer	2	3	2
TRAUMATISMES CRÂNIENS OU BLESSURES À LA TÊTE Perte de conscience à une reprise ou plus	54	54	54
DÉMÊLÉS JUDICIAIRES (plus d'une arrestation, détention ou période de probation dans les six derniers mois)	38	49	32
TYPE DE DÉMÊLÉS JUDICIAIRES			
Détention par la police	25	42	17
Détention d'au plus 24 h dans une cellule	19	27	15
Arrestation	29	39	25
Comparution devant un tribunal	34	43	29
Participation à un programme de justice	15	22	12
VICTIMISATION			
Vol ou menace de vol	32	39	29
Menace d'agression	37	36	37
Agression	32	36	30
ABSENCE DE SOUTIEN SOCIAL Absence d'ami intime	51	46	53

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

# Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> ou l'annexe D pour la définition de besoins élevés et de besoins modérés.

§ Échelle de l'habileté communautaire de Multnomah : un score élevé indique un bon fonctionnement social. Un score de 63 ou moins indique une incapacité modérée à élevée ou un fonctionnement moyen à passable. Le questionnaire porte sur les habiletés de la vie quotidienne, la gestion de l'argent, l'adaptation à l'épreuve de la maladie et l'efficacité sociale.

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

# CHAPITRE 4

## RÉSULTATS RELATIFS AU LOGEMENT

La stabilité d'occupation était le résultat clé du projet Chez Soi. L'occupation d'un logement par les participants a été évaluée tous les trois mois. Nous présentons ici les résultats relatifs à la proportion du temps passé dans un logement à occupation stable pendant la période du projet.

À la fin du projet, les participants des trois groupes d'intervention avaient occupé un logement de façon stable pendant 80 p. 100 du temps comparativement à 54 p. 100 du temps pour les participants des groupes témoins. Au cours des six derniers mois du projet, 72 p. 100 des participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement en tout temps, 16 p. 100 une partie du temps, et 12 p. 100 en aucun temps. En revanche, 36 p. 100 des participants des groupes témoins avaient occupé un logement en tout temps, 25 p. 100 une partie du temps et 39 p. 100 en aucun temps.

La Figure 4-1 montre les résultats combinés des groupes d'intervention avec SIV et avec SIM, par rapport à leurs groupes témoins correspondants. Manifestement, l'intervention a eu un effet rapide et important sur la stabilité d'occupation au cours de la période du projet.

La Figure 4-2, la Figure 4-3 et la figure 4-4 présentent ces mêmes résultats selon le groupe randomisé au site de Toronto. Même si le modèle Logement d'abord a été en mesure d'améliorer rapidement la stabilité d'occupation parmi les trois groupes d'intervention, les participants du groupe d'intervention ayant des besoins élevés (Figure 4-2) ont affiché la meilleure amélioration globale de la stabilité d'occupation par rapport au groupe témoin correspondant.

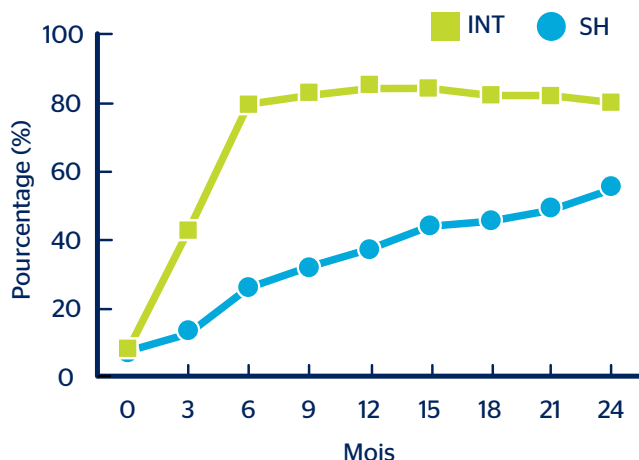


Figure 4-1 : Jours de stabilité en logement (intervention et services habituels)

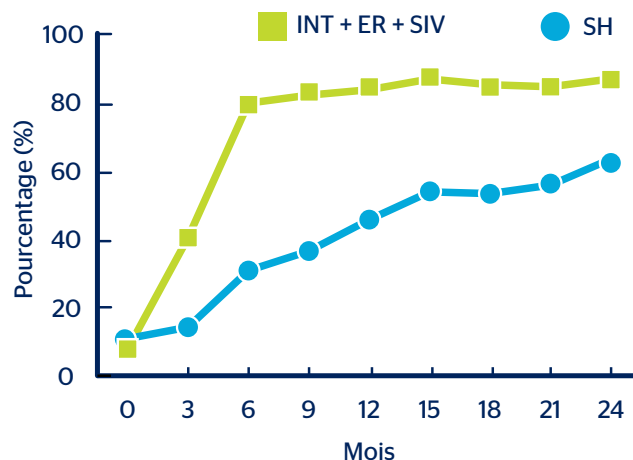


Figure 4-2 : Jours de stabilité en logement (besoins modérés, groupe ethnoracial)

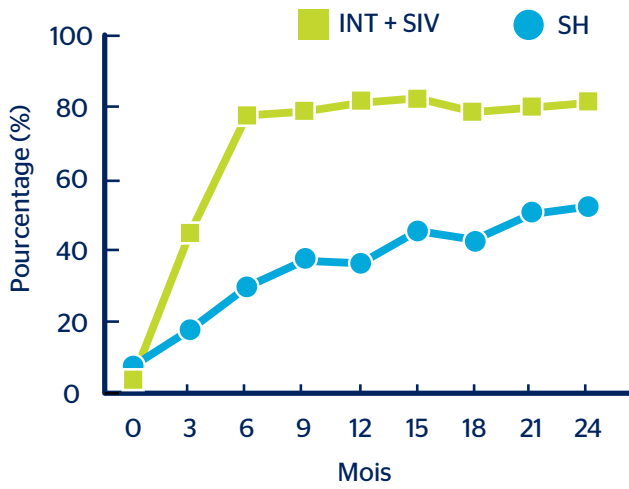


Figure 4-3 : Jours de stabilité en logement (besoins modérés, groupe non ethnoracial)

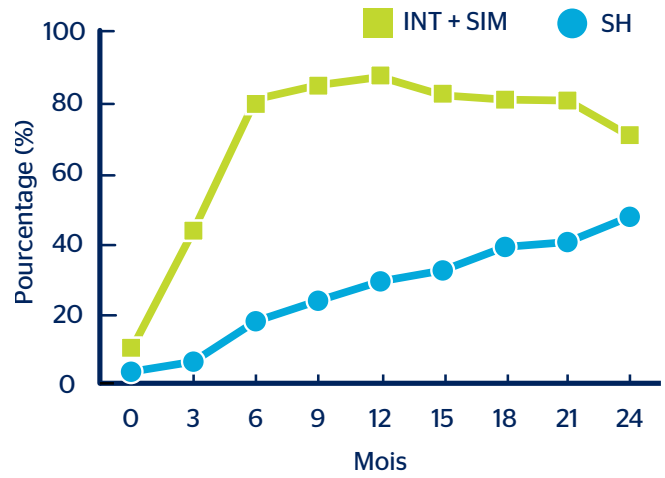


Figure 4-4 : Jours de stabilité en logement (besoins élevés)

## Qualité du logement

La qualité des logements (la qualité de l'unité de logement, de l'immeuble et du quartier) d'un échantillon aléatoire de participants a été mesurée au moyen d'évaluations normalisées par nos équipes de recherche sur le terrain. L'évaluation de la qualité des logements a été faite par l'entremise du projet Chez Soi pour les participants des groupes d'intervention ainsi que pour ceux des groupes témoins qui ont trouvé un logement d'eux-mêmes ou à l'aide d'autres services et programmes. Pour les participants qui ont occupé un logement durant au moins deux mois pendant la période du projet, la qualité du logement (unité et immeuble) était semblable pour les participants de tous les groupes. Toutefois, cette qualité était plus uniforme pour les résidences fournies aux participants des groupes d'intervention que pour celles des participants des groupes témoins.



# CHAPITRE 5

## RÉSULTATS RELATIFS À L'UTILISATION DES SERVICES ET AUX COÛTS

### Utilisation des services

#### Utilisation des soins de santé

Tous les six mois, les participants devaient déclarer leur utilisation des services de soins de santé, y compris les visites à l'urgence, les consultations externes et les consultations en cabinet (médecins de famille ou autres pourvoyeurs de services de santé). La section suivante présente les résultats descriptifs de certaines des principales variables dépendantes autodéclarées, qui seront bientôt comparées aux données administratives fournies par le gouvernement et d'autres organismes.

Pendant le projet, les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins ont réduit leur nombre de visites chez les pourvoyeurs de services de santé. Cette catégorie comprend les médecins de famille et les spécialistes (y compris les psychiatres, les travailleurs en santé mentale comme les gestionnaires de cas). Ils ont également réduit leur nombre de visites chez d'autres prestataires de services et leur nombre de consultations externes. Les figures 5-1 et 5-2 comparent les résultats des participants des groupes d'intervention (besoins élevés et besoins modérés) et ceux des participants des groupes témoins. Comparativement aux participants des groupes témoins, l'utilisation des services a diminué beaucoup plus rapidement pour les participants des groupes d'intervention particulièrement au début du projet.

Dans l'ensemble, le nombre de visites à l'urgence a également diminué pendant la période du projet pour les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins. Toutefois, la diminution a été beaucoup plus marquée pour les participants des groupes d'intervention, plus particulièrement au cours des six premiers mois du projet (Figure 5-2).

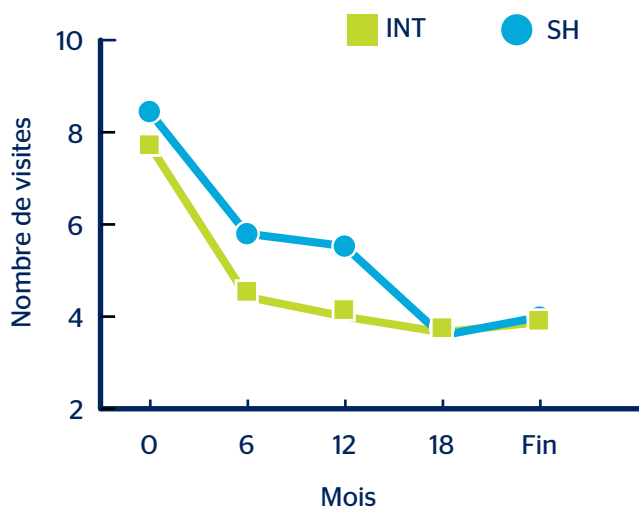


Figure 5-1 Visites chez les pourvoyeurs de services de santé

#### Utilisation des services de justice

Bien que le nombre de contacts avec la police soit demeuré relativement constant pendant le projet (Figure 5-5), nous avons observé une tendance à la baisse généralisée du nombre d'arrestations durant la période du projet. Cette baisse était plus importante pour les participants des groupes d'intervention que pour les participants des groupes témoins (Figure 5-4).

Pendant l'examen des besoins des participants du site de Toronto, on a constaté que les participants aux besoins élevés avaient eu plus de démêlés avec la justice avant le début du projet. En effet, plus du tiers de ceux-ci (42 p. 100) avaient été détenus par la police durant l'année précédant le début du projet et 39 p. 100 avaient été arrêtés. Les participants aux besoins modérés ont eu moins de démêlés avec la justice. En effet, 17 p. 100 ont signalé avoir été détenus par la police et 25 p. 100 ont signalé avoir été arrêtés durant l'année précédant le début du projet.

L'intervention avec logement a un effet sur les démêlés avec la justice des participants aux besoins élevés du site de Toronto. Alors que le taux d'arrestation a considérablement diminué pour les participants aux besoins élevés des groupes d'intervention, celui des participants aux besoins élevés des groupes témoins est demeuré constamment élevé.

#### Coûts

L'incidence économique du modèle Logement d'abord a également été examinée en tenant compte de tous les coûts monétaires pris en charge par la société. À Toronto, l'intervention avec logement coûte en moyenne annuellement 21 089 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 14 731 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel

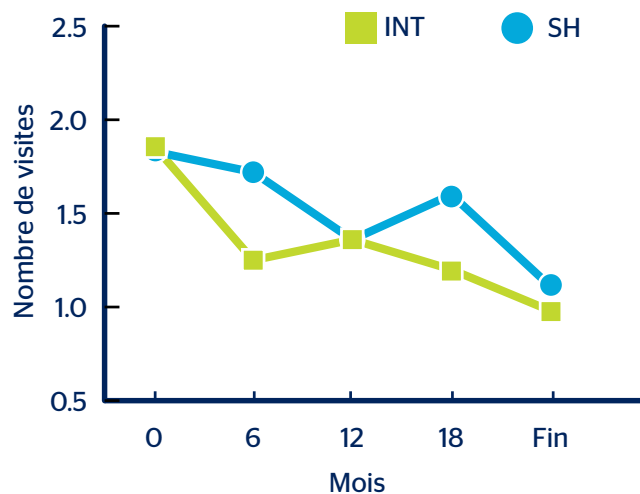


Figure 5-2 Visites à l'urgence

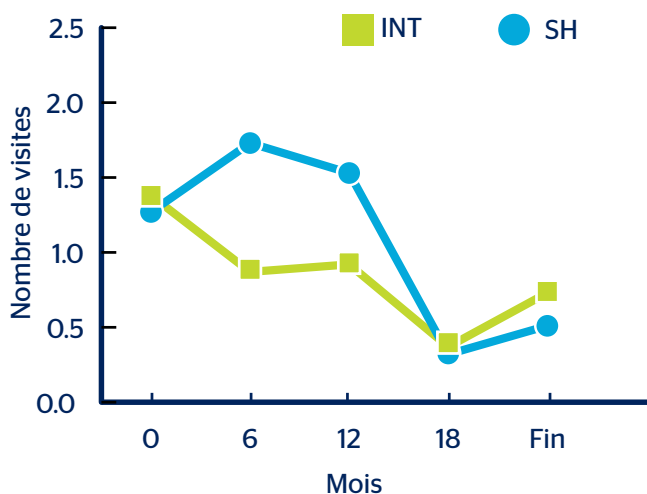


Figure 5-3 Visites chez les pourvoyeurs de services de santé

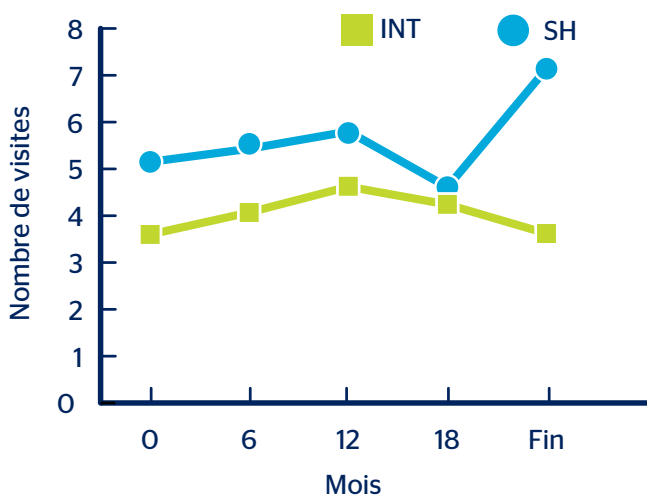


Figure 5-4 Arrestations par la police

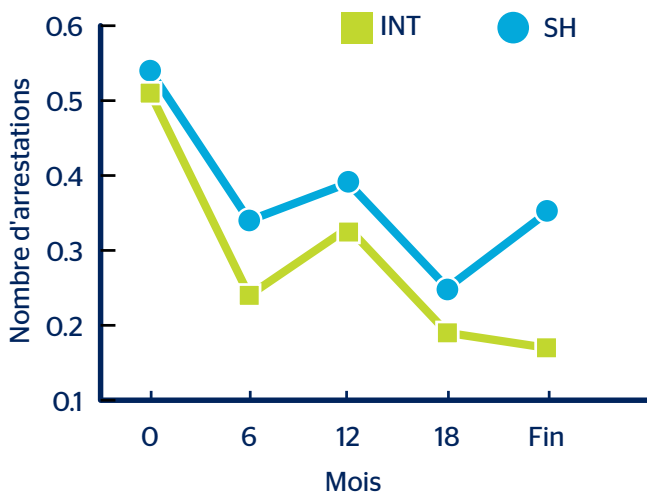


Figure 5-5 Contacts avec la police

et les dépenses comme les déplacements, les services publics et les suppléments au loyer. L'intervention avec logement auprès des participants qui ont des besoins élevés est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours de la période de deux ans suivant le début du projet, les services offerts aux groupes d'intervention ont permis de réduire les coûts en moyenne de 31 747 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 4 274 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 15,05 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 2,90 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ces économies nettes s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Pour les participants qui ont des besoins élevés, nous avons observé une réduction des coûts pour les hospitalisations en milieu psychiatrique, les consultations en cabinet ou au domicile par des pourvoyeurs de services de santé ou de services sociaux ainsi que l'incarcération en pénitencier ou en prison (Tableau 5-1). Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les séjours dans les refuges et l'occupation de chambres individuelles avec services (Tableau 5-2). Toujours pour ces participants, nous avons constaté une augmentation des coûts en matière d'hospitalisations en unité psychiatrique d'hôpital général.

## Résumé

Table 5-1 Principales augmentations et réductions pour les participants aux besoins élevés

Hospitalisations (milieu psychiatrique)	(10 427) \$
Consultations en cabinet (hors étude)	(9 204) \$
Consultations à domicile (hors étude)	(8 172) \$
Refuges d'urgence	(3 321) \$
Centres de jour	(1 615) \$
Pénitencier ou prison	(1 175) \$
Comparutions devant un tribunal	1 053 \$
Hospitalisations (santé physique)	7 148 \$

Table 5-2 Principales augmentations et réductions pour les participants aux besoins modérés

Refuges d'urgence	(2 770) \$
Comparutions devant un tribunal	(1 891) \$
Consultations en cabinet (hors étude)	2 322 \$

Nous avons observé des changements dans les habitudes d'utilisation des services déclarées par les participants des groupes d'intervention pendant la période du projet. Toutefois, ces habitudes variaient non seulement selon le groupe d'intervention, mais aussi selon le type de service et la catégorie de besoins. Globalement, ces habitudes indiquent une utilisation à la baisse des services coûteux pour les participants des groupes d'intervention et une utilisation à la hausse des services de santé communautaires, lesquels sont mieux adaptés à leur réalité. Ces tendances baissière et haussière sont particulièrement plus marquées chez les participants aux besoins élevés qui utilisaient beaucoup plus les soins de santé et qui avaient plus de démêlés avec la justice avant le début du projet. En ce qui concerne les participants aux besoins élevés du site de Toronto, la réduction des coûts d'utilisation des services non seulement compense entièrement les coûts associés à l'intervention avec logement, mais elle génère aussi des économies substantielles.

# CHAPITRE 6

## RÉSULTATS RELATIFS À LA SANTÉ ET À LA SOCIÉTÉ

### Résultats relatifs au fonctionnement social, à la qualité de vie, à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes

Les priorités des personnes itinérantes, surtout de celles vivant dans la rue ou en refuge, sont de répondre à leurs besoins de base en matière de nourriture et de logement et d'éviter la victimisation. Ces priorités sont d'autant plus importantes lorsque ces personnes n'ont que la rue ou les refuges comme solution. Les problèmes de consommation de substances intoxicantes, de santé mentale et de santé physique sont fréquemment ignorés ou exacerbés. Même si le participant moyen du site de Toronto a été itinérant durant environ cinq ans au cours de son existence avant de prendre part au projet, bon nombre des participants ont déclaré avoir connu de plus longs épisodes d'itinérance pendant leur vie. Notre objectif était d'examiner les résultats globaux des participants relativement au fonctionnement social, à la qualité de vie, à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes pendant le projet afin de mieux comprendre le processus de rétablissement et les améliorations dans ces domaines.

### Fonctionnement social

Le projet Chez Soi a utilisé l'échelle de l'habileté communautaire de Multnomah (échelle MCAS) comme outil d'évaluation du fonctionnement social. Cette échelle de 17 énoncés couvre la santé physique, la santé mentale, la capacité d'adaptation à la maladie, les aptitudes sociales et les problèmes de comportement. Plus le score MCAS est élevé, meilleur est le fonctionnement social. Contrairement aux autres instruments du projet qui sont fondés sur de l'information rapportée par les participants, l'évaluation au moyen de l'échelle MCAS est menée par l'intervieweur de recherche. Par conséquent, l'échelle MCAS nous permet de comparer la perception du participant et les données recueillies par un évaluateur indépendant. Nous indiquons ci-dessous les résultats de l'évaluation au moyen de l'échelle MCAS des participants randomisés du site de Toronto.

#### Participants aux besoins élevés

Lors de l'entrevue finale, les scores MCAS des participants du groupe d'intervention avec SIM étaient beaucoup plus élevés sur le plan statistique que ceux des participants du groupe témoin ( $p=0,003$ ) (Figure 6-1). L'écart est donc suffisamment important pour qu'il soit fort improbable qu'il relève du hasard. De plus, l'écart entre les deux groupes était relativement significatif pendant la période du projet ( $p=0,04$ ). Une fois de plus, il est fort improbable que cet écart relève du hasard.

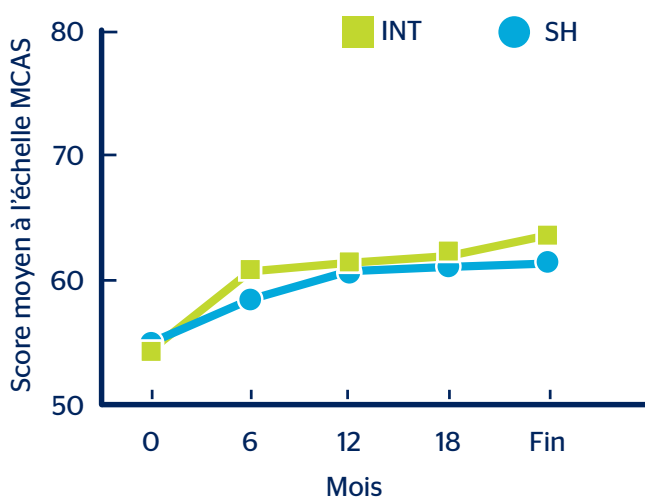


Figure 6-1 Fonctionnement social (participants aux besoins élevés)

#### Participants aux besoins modérés qui n'appartiennent pas à un groupe ethnoracial

Nous n'avons relevé aucune différence significative entre les scores MCAS des participants du groupe d'intervention avec SIV et ceux du groupe témoin lors de l'entrevue finale ( $p=0,63$ ). Nous n'avons également pas observé de différence entre les deux groupes pendant la période de suivi ( $p=0,60$ ) (Figure 6-2).

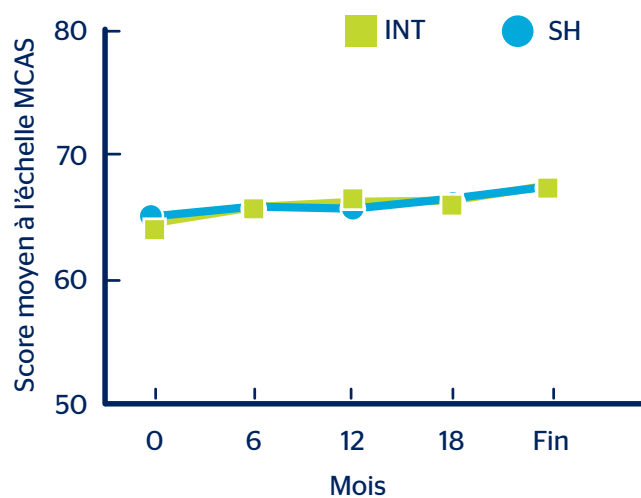


Figure 6-2 Fonctionnement social (participants aux besoins modérés qui n'appartiennent pas à un groupe ethnoracial)

<sup>1</sup> Dans la terminologie scientifique, les valeurs p (probabilité) évaluent la mesure dans laquelle les différences observées entre les groupes pourraient relever uniquement du hasard. Pendant le projet, les différences sont statistiquement significatives lorsque la valeur p est inférieure à 4 p. 100 (0,04). Cela signifie que la probabilité d'obtenir ces résultats par hasard est d'au plus 4 p. 100.

### Participants aux besoins modérés qui appartiennent à un groupe ethnoracial

Nous avons relevé une différence significative entre les scores MCAS des participants appartenant à un groupe ethnoracial affectés aléatoirement aux groupes d'intervention avec SIV et avec SIV axé sur le groupe ethnoracial et les participants du groupe d'intervention lors de l'entrevue finale ( $p < 0,001$ ) et pendant la période de suivi ( $p = 0,01$ ). Les participants des groupes d'intervention ont obtenu de bien meilleurs résultats relativement au fonctionnement social (Figure 6-3).

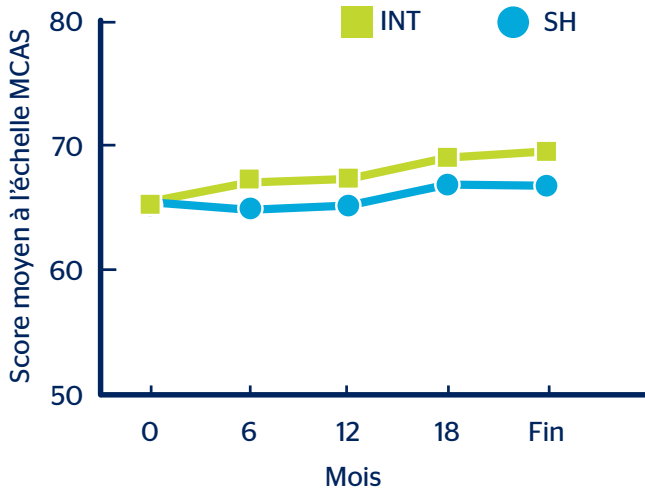


Figure 6-3 Fonctionnement social (participants aux besoins modérés qui appartiennent à un groupe ethnoracial)

### Qualité de vie

Nous avons évalué la perception des participants quant à leur qualité de vie en utilisant l'échelle de mesure de la qualité de vie (outil QOLI-20), laquelle juge la satisfaction à l'égard des relations familiales, des finances, des loisirs, des conditions de vie et de la sécurité personnelle. Plus le score QOLI-20 est élevé, meilleure est la qualité de vie. Dans la section ci-dessous, nous examinons les différences relatives à la qualité de vie entre les participants logés et ceux ayant reçu le traitement habituel à la fin du projet et pendant le projet pour chacun des trois groupes randomisés.

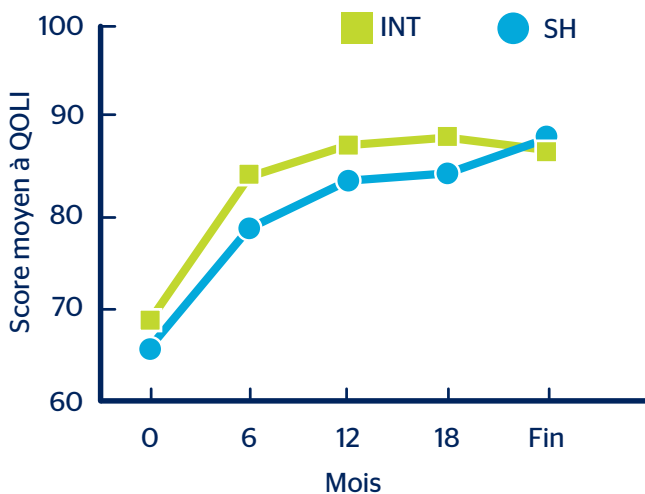


Figure 6-4 Qualité de vie (participants aux besoins élevés)

### Participants aux besoins élevés

La qualité de vie des participants aux besoins élevés des groupes d'intervention et des groupes témoins s'est améliorée pendant le projet (Figure 6-4). Lors de l'entrevue finale, nous n'avons relevé aucune différence significative relative à la qualité de vie entre les participants logés avec SIM et les participants ayant reçu le traitement habituel ( $p = 0,72$ ). De plus, nous n'avons observé aucune différence relative à la qualité de vie entre les deux groupes d'intervention pendant la période de suivi ( $p = 0,94$ ).

### Participants aux besoins modérés qui n'appartiennent pas à un groupe ethnoracial

Nous n'avons relevé aucune différence significative relative à la qualité de vie entre les participants logés avec SIV et les participants ayant reçu le traitement habituel ( $p = 0,26$ ) lors de l'entrevue finale et pendant la période de suivi ( $p = 0,97$ ) (Figure 6-5).

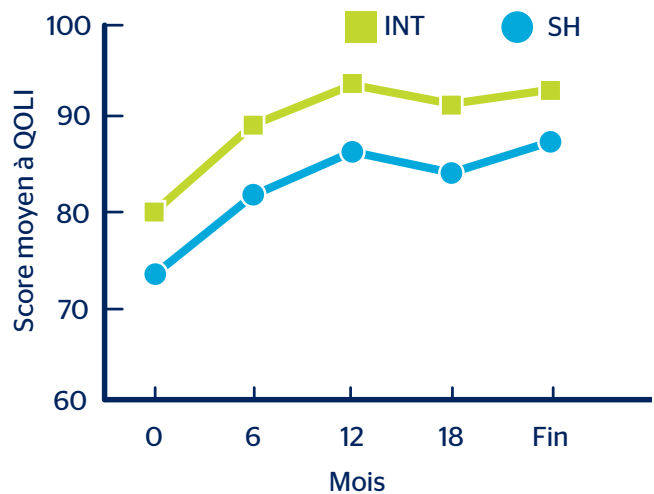


Figure 6-5 Qualité de vie (participants aux besoins modérés qui n'appartiennent pas à un groupe ethnoracial)

### Participants aux besoins modérés qui appartiennent à un groupe ethnoracial

Nous n'avons relevé aucune différence significative relative à la qualité de vie entre les participants aux besoins modérés des groupes d'intervention et des groupes témoins qui appartiennent à un groupe ethnoracial ( $p = 0,72$ ) lors de l'entrevue finale. Toutefois, nous avons observé un écart relativement significatif entre les deux groupes d'intervention pendant la période de suivi ( $p = 0,04$ ) (Figure 6-6).

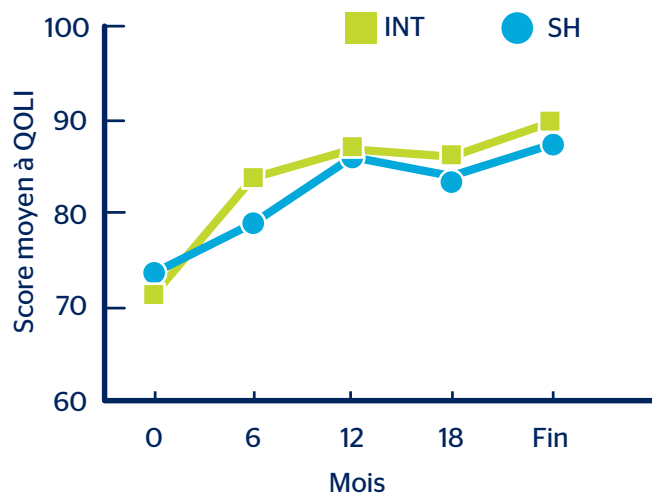


Figure 6-6 Qualité de vie (participants aux besoins modérés qui appartiennent à un groupe ethnoracial)

## Résultats relatifs à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes

Nous avons examiné plusieurs résultats relatifs à la santé mentale et à la consommation de substances intoxicantes dans le cadre du projet Chez Soi pour établir l'effet du modèle Logement d'abord. Dans la section ci-dessous, nous traçons les grandes lignes de certains des profils clés dans ces domaines au site de Toronto.

### Symptômes de maladie mentale

Nous avons utilisé l'Index de symptômes (CSI), échelle développée et validée pour les personnes itinérantes, pour examiner les symptômes de maladie mentale pendant le projet. Le questionnaire de l'index CSI permet d'établir la fréquence à laquelle les participants ont connu des épisodes de dépression, d'anxiété, de comportement étrange et de manque de concentration au cours du dernier mois. Les participants devaient fournir cette information tous les six mois.

Nous avons observé une diminution considérable des symptômes de maladie mentale chez les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins pendant le projet. Toutefois, la différence quant à l'étendue de la diminution des symptômes de maladie mentale semble assez similaire entre les groupes, ce qui laisse croire que les participants logés n'ont pas connu une plus grande diminution de leurs symptômes que les participants des groupes témoins.

### Problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes

Pour évaluer les problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes, nous avons utilisé la version abrégée de la pondération des problèmes de toxicomanie (GAIN-SPS). Cette pondération demande aux personnes d'indiquer leurs problèmes récents comme le sevrage, le temps passé à trouver ou à consommer des substances intoxicantes ou les problèmes causés par leur intoxication.

Pendant le projet, nous avons observé une réduction du nombre de problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes chez les participants des groupes d'intervention. Toutefois, il est impossible d'établir si cette réduction était plus importante chez les participants des groupes d'intervention que chez ceux des groupes témoins. Il est donc possible de déduire que dans ce cas le fait d'occuper un logement n'a pas forcément accéléré les améliorations en matière de consommation de substances intoxicantes dans le temps. Une autre raison pouvant expliquer cette situation est que les participants avaient atteint un point de crise dans leur vie au début du projet et qu'ils ne pouvaient que prendre du mieux avec le temps, peu importe s'ils étaient logés ou non (les statisticiens utilisent le terme « régression vers la moyenne » pour désigner ce phénomène).

# CHAPITRE 7

## EXPÉRIENCE DES UTILISATEURS DE SERVICES ET ÉTUDES SECONDES PROPRES AU SITE DE TORONTO

Le présent chapitre résume l'objectif, les méthodes et les principales conclusions des entrevues sur l'expérience personnelle réalisées auprès des utilisateurs de services au site de Toronto ainsi que les conclusions de sous-études sélectionnées qui ont été menées exclusivement au site de Toronto dans le cadre du projet Chez Soi. Vous trouverez les conclusions d'autres études secondaires à l'annexe C.

Bon nombre des participants ont affirmé que le fait d'occuper un logement leur avait permis d'opérer des changements constructifs dans leur vie. Ils ont indiqué que cette expérience avait créé chez eux un sentiment d'espoir, de contrôle et de sécurité, trois éléments essentiels pour amorcer un processus de rétablissement.

### Expérience des utilisateurs de services : entrevues sur l'expérience personnelle des participants du site de Toronto

**Objectif :** Comprendre les trajectoires en début de vie qui mènent à l'itinérance et les expériences liées aux problèmes de santé mentale ainsi que les parcours de début et de fin de l'itinérance et l'effet connexe sur la santé mentale et l'utilisation des services.

**Méthodes :** Nous avons mené des entrevues détaillées sur l'expérience personnelle auprès de 60 participants du projet Chez Soi à Toronto. Grâce à ces entrevues, les participants pouvaient raconter leur histoire et parler de leur vécu expérientiel. Une entrevue initiale s'est déroulée environ un mois après le début du projet, et un suivi a été effectué auprès des mêmes participants afin qu'ils accordent une seconde entrevue détaillée sur leur expérience en tant que participant du projet 18 mois après l'entrevue initiale.

**Principales conclusions :** Bien que les expériences initiales des participants soient consignées ailleurs, les principales conclusions suivantes ont été publiées 18 mois après le début du projet.

- Les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins ont vécu des changements positifs et négatifs dans leur vie, et tous les participants ont parlé des avantages offerts par le fait d'occuper un logement après avoir connu un épisode d'itinérance ainsi que des défis que présente le statut de locataire. Les similitudes entre les groupes à cet égard pourraient être attribuables au fait qu'un certain nombre de participants des groupes témoins ont trouvé un logement de façon indépendante au cours des 18 premiers mois du projet et qu'ils avaient accès à des services semblables à ceux offerts aux participants des groupes d'intervention. Il semble que les participants des groupes d'intervention soient plus nombreux à avoir connu un parcours de vie positif que ceux des groupes témoins.
- Bon nombre des participants ont affirmé que le fait d'occuper un logement leur avait permis d'opérer des changements constructifs dans leur vie. Ils ont indiqué que cette expérience avait créé chez eux un sentiment d'espoir, de contrôle et de sécurité, trois éléments essentiels pour amorcer un processus de rétablissement.
- Bien que de nombreux participants aient fait de grands efforts pour rétablir les liens avec leur famille, tisser des liens avec de nouvelles personnes et favoriser leur intégration communautaire, plusieurs ont mentionné un sentiment d'isolation accru alors qu'ils tentaient de s'adapter à leur nouvelle réalité de locataire, ce qui a retardé leur rétablissement.
- De nombreux participants ont indiqué que le soutien offert par les divers services de santé physique et de santé mentale a joué un rôle déterminant dans leur cheminement vers le rétablissement. En outre, la qualité de la relation utilisateur-prestataire dans un contexte d'utilisation des services s'est révélée essentielle à des changements positifs dans toutes les sphères de la vie. Toutefois, malgré un accès accru aux services, beaucoup ont éprouvé des difficultés à réintégrer le monde du travail ou de l'éducation. Plusieurs de ces participants ont même indiqué vivre encore de la discrimination liée à la race ou à l'ethnicité, à l'orientation sexuelle et à la santé mentale. Une autre constatation clé s'applique aux difficultés financières connues par les participants du projet. Bien que les personnes qui étaient de nouveaux bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) se disent reconnaissantes de ce soutien monétaire, qui est mieux que l'absence de revenu ou l'aide offerte par le programme Ontario au travail, la plupart ont indiqué que l'aide était insuffisante pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs.
- Globalement, pour les participants qui se portaient bien et qui vivaient des changements positifs au fil du temps, il semble que les principaux facteurs interdépendants suivants facilitent ces changements : logement, soutien social, accès aux services de santé physique et de santé mentale, qualité de la relation utilisateur-prestataire et auto-efficacité accrue. Toutefois, aucun de ces facteurs pris individuellement ne semble lié aux changements positifs; ils doivent plutôt être combinés pour avoir les plus grandes retombées sur la vie des participants.

## Études secondaires propres au site de Toronto

L'équipe de recherche de Toronto a réalisé de nombreuses études secondaires propres au site de Toronto, complémentaires au projet Chez Soi mené à l'échelle nationale. Les études secondaires propres au site de Toronto sont divisées en trois grandes catégories : mise en œuvre et fidélité, discrimination, santé physique et services de première ligne. Vous trouverez ci-dessous un résumé de l'objectif, des méthodes et des principales conclusions de chacune des études secondaires. Tous les participants ont donné un consentement éclairé pour participer à ces études secondaires, lesquelles ont également reçu l'approbation du conseil d'éthique pour la recherche de l'hôpital St. Michael's.

### Études sur la mise en œuvre et la fidélité

#### ÉVALUATIONS DE LA MISE EN ŒUVRE

**Objectif** : Deux phases d'évaluation de la mise en œuvre se sont succédé. Il s'agissait d'examiner les particularités du site en matière de développement y compris les enjeux et les forces sur le plan de la mise en œuvre ainsi que les stratégies d'adaptation et d'innovation, pour comprendre les caractéristiques clés du modèle Logement d'abord et celles de l'intervention unique du troisième volet d'étude et pour documenter le point de vue des partenaires, y compris l'expérience des propriétaires qui ont participé au projet.

**Méthodes** : Nous avons documenté la mise en œuvre du projet en deux phases : la première s'attardait aux événements qui ont eu lieu de 2009 à 2011 et la seconde, aux événements survenus entre 2011 et 2012. Pendant la première évaluation de la mise en œuvre, 66 participants ont répondu à neuf enquêtes sous forme d'entrevue et ont pris part à neuf groupes témoins. Pendant la seconde évaluation de la mise en œuvre, 28 participants ont répondu à neuf enquêtes sous forme d'entrevue et ont pris part à quatre groupes témoins.

**Principales conclusions** : Nous avons relevé plusieurs facteurs contextuels qui ont influé sur la mise en œuvre du projet et sur les stratégies d'adaptation et d'innovation subséquentes. Ces facteurs étaient notamment liés au choix du logement, à la disponibilité et au caractère abordable du logement à Toronto, au recrutement des participants, à la satisfaction des besoins complexes des participants, à la charge de travail des services de soutien, à un leadership fort, à l'adaptation aux changements du contexte politique et à la diversité ethnoraciale de la population torontoise.

Plusieurs stratégies d'adaptation et d'innovation appliquées au site de Toronto en réponse au contexte de prestation de services unique ciblaient les aspects suivants :

- L'approche de recrutement, laquelle a permis de maintenir les relations utilisateur-prestataire existantes pour les participants dans un environnement où les services abondent, ce qui a eu pour effet de rallier encore plus la communauté et d'améliorer le soutien offert aux participants.
- Le caucus torontois des personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale, lequel a aidé à centrer le projet sur le vécu expérientiel des participants, à améliorer la capacité du projet de faire des pressions pour obtenir des ressources et à guider les adaptations en matière de prestation de services de logement et autres. (Voir l'étude secondaire sur le caucus torontois des personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale sur cette page.)
- La présence sur place de psychiatres et de pourvoyeurs de services de première ligne ainsi que la disponibilité d'une équipe de soutien clinique spéciale pour discuter des difficultés liées à la prestation de services et améliorer la capacité de l'équipe de répondre aux besoins en santé complexes des participants.

## CAUCUS TORONTOIS DES PERSONNES AYANT UN VÉCU EXPÉRIENTIEL DE LA MALADIE MENTALE

**Objectif** : Évaluer les leçons apprises du caucus torontois des personnes ayant un vécu expérientiel de la maladie mentale sur la participation des utilisateurs de services à la recherche et à la prestation de services.

**Méthodes** : Dans le cas de cette étude secondaire, nous avons analysé 42 documents liés au caucus soumis par des membres et des partenaires clés. Nous avons également réalisé 11 entrevues individuelles d'une durée de 30 à 60 minutes et tenu trois groupes témoins. L'équipe d'étude comprenait aussi des membres du caucus.

#### Principales conclusions :

- Les conclusions ont révélé que la participation du caucus n'était pas une mince affaire. Sans compter les limites de temps et une orientation déficiente, le processus de mise sur pied du caucus a été tumultueux en raison d'obstacles internes et externes à une réelle inclusion. Toutefois, malgré les difficultés, le caucus a contribué de façon significative à divers aspects du projet Chez Soi. Il est donc possible d'intégrer avec succès des utilisateurs de services psychiatriques qui ont connu l'itinérance à de nombreux aspects de la recherche et de la planification des services.
- Nous suggérons aux gestionnaires de futurs projets qui souhaitent inclure des utilisateurs des services de le faire très tôt dans le processus, de choisir avec soin les membres, de communiquer clairement les rôles et responsabilités, d'établir un groupe de coordination des utilisateurs de services et d'allouer suffisamment de temps aux discussions importantes pendant le processus. Les leçons apprises peuvent guider l'inclusion des utilisateurs de services dans des projets semblables dans d'autres provinces ou territoires.

## RETARDS DANS L'ACCÈS AU LOGEMENT ET DEMANDES DE RELOGEMENT

**Objectif** : Évaluer les facteurs qui retardent excessivement l'accès au logement ou qui multiplient les demandes de relogement après l'accès à un premier logement dans le cadre du modèle Logement d'abord.

**Méthodes** : Pour cette étude secondaire, l'échantillon comprenait 48 personnes, soit 25 utilisateurs de services et 23 membres du personnel. Des 23 membres du personnel, 18 étaient des prestataires de services provenant de trois équipes différentes et cinq étaient des employés responsables des logements, y compris des chefs d'équipe. Les utilisateurs de services ont été sélectionnés et recrutés parmi les participants qui ont obtenu un logement après quatre mois (n=10) ou un an (n=5) et parmi ceux qui avaient fait au moins une demande de relogement (n=10). Nous avons réalisé des entrevues semi-structurées d'une durée approximative d'une heure avec les 25 utilisateurs de services, trois chefs d'équipe de services et deux chefs d'équipe du logement. Nous avons tenu quatre groupes témoins avec 15 prestataires de services et un autre avec trois employés responsables des logements.

#### Principales conclusions :

- Selon les utilisateurs de services, les prestataires de services ou les gestionnaires de cas et les employés responsables des logements, trois facteurs principaux expliquent les retards dans l'accès au logement et les demandes de relogement. Il s'agit de l'efficacité de la communication et de la collaboration entre les utilisateurs et les prestataires de services, l'ambivalence et les préférences des utilisateurs de services et la priorité accordée par le prestataire au choix de l'utilisateur par rapport à un accès au logement immédiat. Ce dernier facteur a grandement influé sur les délais d'accès au logement de plusieurs façons, lesquelles ont toutes été mises en lien avec le rétablissement par les trois groupes.
- Deux stratégies appuyaient le processus de logement, soit des communications ciblées et la participation des utilisateurs des services à la recherche d'un logement.

## LOGEMENT PROVISOIRE

**Objectif :** Comprendre les raisons d'une hausse soudaine de la demande de logements provisoires pour les participants et découvrir les expériences relatives au logement provisoire du point de vue des participants et des prestataires.

**Méthodes :** L'échantillon de l'étude et les sources de données sont les mêmes que ceux indiqués ci-dessus pour l'étude sur les retards dans l'accès au logement et les demandes de relogement qui figurent à la page précédente.

### Principales conclusions :

- Il faut fournir un endroit sécuritaire aux participants pour qui l'accès à un logement initial est retardé et à ceux qui ont demandé ou nécessité un relogement après l'accès à un logement initial lorsqu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas habiter avec d'autres personnes, dans des refuges ou dans d'autres établissements. Les séjours en logement provisoire présentent plusieurs avantages. Les prestataires de services peuvent notamment établir un lien de confiance avec les participants et assurer la continuité des services.
- Même lorsque les choix personnels des participants rendaient nécessaires les séjours en logement provisoire, les participants et les prestataires décrivaient la situation comme frustrante et stressante. L'instabilité associée au logement provisoire et la focalisation unique sur l'accès au logement permanent promis ont nui à la capacité de maintenir un lien de confiance et d'assurer la continuité des services. Ces deux facteurs ont plus spécifiquement fait varier l'intensité et la fréquence des services. Ils ont également contribué à réduire l'intérêt des utilisateurs envers la réalisation d'objectifs de rétablissement non liés au logement et la capacité des gestionnaires de cas à les aider à cet égard.
- Bien que le logement provisoire ne soit pas nécessaire pour tous les programmes basés sur le modèle, notre étude a mis en lumière les nombreuses raisons qui soutiennent la nécessité d'offrir des options de logement provisoire sécuritaires et souples. Elle a également démontré l'effet d'un tel logement sur l'efficacité du rétablissement des utilisateurs de services, sur la continuité des services et sur la stabilité d'occupation.

## SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

**Objectif :** Examiner les retombées du projet Chez Soi sur l'utilisation des services de première ligne et l'accès à des services préventifs de santé par des personnes itinérantes et atteintes de maladie mentale.

**Méthodes :** Au cours de cette étude, nous avons examiné les dossiers de services de première ligne de 100 participants sélectionnés au hasard. La période visée par les données s'échelonnait d'un an avant le début du projet jusqu'à un an après le début du projet. Les données recueillies portaient sur les diagnostics, les services préventifs de santé et certaines mesures physiologiques des participants.

**Principales conclusions :** La proportion des participants qui profitaient de services de première ligne (c'est-à-dire au moins une consultation auprès du même pourvoyeur de services de première ligne pendant deux périodes de six mois consécutives) était la même pour les groupes d'intervention et les groupes témoins. Le taux de vaccination contre la grippe était très faible pour tous les participants du projet. Ces conclusions illustrent bien la nécessité de mettre en place des projets concrets en vue d'améliorer la prestation de services de première ligne aux personnes itinérantes atteintes de maladie mentale, même si ces personnes sont logées.



# CHAPITRE 8

## LEÇONS TIRÉES ET INCIDENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Dans le cadre du projet Chez Soi de Toronto, le modèle Logement d'abord a été mis en œuvre avec succès dans la ville canadienne la plus vaste et la plus diversifiée sur le plan ethnique. Cette intervention a entraîné une réduction rapide de l'itinérance au sein d'un groupe diversifié de personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. À la fin du projet, les participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement de façon stable pendant 80 p. 100 du temps comparativement à 54 p. 100 du temps pour les participants des groupes témoins. Au cours des six derniers mois du projet, 72 p. 100 des participants des groupes d'intervention avaient occupé un logement en tout temps, 16 p. 100 une partie du temps, et 12 p. 100 en aucun temps. En revanche, 36 p. 100 des participants des groupes témoins avaient occupé un logement en tout temps, 25 p. 100 une partie du temps, et 39 p. 100 en aucun temps.

La vaste majorité des personnes itinérantes atteintes de maladies mentales préfèrent vivre dans une unité indépendante plutôt que dans un établissement collectif. Les suppléments au loyer fournis par l'intermédiaire du projet Chez Soi ont joué un rôle clé dans la réussite du modèle à habitat dispersé.

Le modèle Logement d'abord a également permis des améliorations dans d'autres sphères de la vie. Plus précisément, les participants des groupes d'intervention ont présenté des améliorations statistiquement significatives en ce qui concerne le fonctionnement social par comparaison avec les participants des groupes témoins, et ce, dans un contexte où les participants des groupes témoins bénéficiaient de nombreux services accessibles dans la communauté. On peut donc conclure à des retombées qui surpassent ce qu'on pourrait attendre des services fournis par divers organismes locaux. Pendant le projet, on note une amélioration du fonctionnement social tel qu'évalué par un observateur et de la qualité de vie autodéclarée chez les participants des groupes d'intervention et des groupes témoins. Puisque des participants se sont probablement inscrits à l'étude en période de crise, on s'attendait à une certaine amélioration chez les deux groupes. Ces constatations illustrent l'importance d'utiliser des données d'essais cliniques, comme c'est le cas du projet Chez Soi, pour évaluer avec exactitude le degré d'efficacité d'une intervention donnée. Au contraire, les projets qui supposent l'évaluation des résultats pour un seul groupe faisant l'objet d'une même intervention sont susceptibles d'en surestimer l'efficacité.

Le modèle Logement d'abord peut entraîner des économies, notamment pour les participants aux besoins élevés. L'intervention avec logement coûte en moyenne annuellement 21 089 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 14 731 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Pendant les deux ans qu'a duré le projet, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 15,05 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 2,90 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Pour les participants qui ont des besoins élevés, ces économies sont notamment attribuables à une réduction du nombre d'hospitalisations, de consultations de pourvoyeur de soins de santé et de visites à l'urgence ainsi qu'à une

réduction de l'utilisation des refuges. Bien que les participants qui ont des besoins modérés aient réduit leur fréquentation des refuges, les coûts liés à leurs hospitalisations en milieu psychiatrique ont augmenté.

Ces constatations démontrent que le modèle Logement d'abord constitue une utilisation hautement efficace des fonds publics, même dans un milieu comme Toronto où une multitude de services sont offerts. C'est particulièrement le cas pour les participants aux besoins élevés qui ont souvent été hospitalisés pour des raisons de santé mentale ou eu des démêlés avec le système de justice. Pour cette population, les analyses économiques indiquent que, dans les cinq villes où le projet Chez Soi a été mis en œuvre, le site de Toronto est celui où les économies observées sont les plus importantes.

Par ailleurs, le modèle Logement d'abord permet de mobiliser avec succès les personnes atteintes de maladies mentales pour lesquelles les démarches habituelles n'ont pas donné de bons résultats. La presque totalité des participants au projet Chez Soi de Toronto ont connu l'itinérance pendant de nombreuses années, malgré les services existants. Par contre, ils ont en majorité trouvé rapidement un logement adéquat, abordable et convenant à leurs besoins, en quelques semaines ou en quelques mois.

L'une des plus importantes leçons à retenir du projet Chez Soi est que la plupart des personnes atteintes de maladie mentale peuvent mener une vie autonome au sein de leur communauté si elles disposent du soutien dont elles ont besoin. La vaste majorité des personnes itinérantes atteintes de maladies mentales préfèrent vivre dans une unité indépendante plutôt que dans un établissement collectif. Les suppléments au loyer fournis par l'intermédiaire du projet Chez Soi ont joué un rôle clé dans la réussite du modèle à habitat dispersé. La mise en œuvre de mesures de soutien adaptées en matière de santé mentale constitue également un facteur crucial. Notre évaluation du programme a mis en lumière l'importance de demeurer fidèle à un modèle de

## La mise en œuvre de mesures de soutien adaptées en matière de santé mentale constitue également un facteur crucial. Notre évaluation du programme a mis en lumière l'importance de demeurer fidèle à un modèle de prestation de services axé sur le choix et le rétablissement.

prestation de services axé sur le choix et le rétablissement. Le processus d'évaluation a également permis de produire un large éventail de suggestions visant l'adaptation du programme en vue de projets futurs axés sur le modèle Logement d'abord à Toronto ou ailleurs. Les voici.

- Le modèle Logement d'abord doit être mis en œuvre à l'échelle des programmes et du système.
- Les programmes fondés sur ce modèle doivent adapter les modèles de services multidisciplinaires visant à répondre avec exhaustivité aux besoins complexes des personnes à risque. Ils doivent cibler les personnes jugées « difficiles à servir » dans le cadre d'autres programmes et les intervenants doivent faire preuve de persévérance lorsque surgiront les inévitables difficultés qui accompagnent l'intervention auprès de cette clientèle.
- Il serait très bénéfique d'offrir aux équipes de services de la formation sur les pratiques fondées sur des données probantes afin d'améliorer le soutien offert en vue du rétablissement des personnes itinérantes atteintes de maladie mentale. Adopter une approche intégrée à l'égard des services cliniques et de logement consoliderait le modèle de prestation des services.
- Il est important de combiner le modèle Logement d'abord à un cadre de lutte au racisme et à l'oppression lorsque l'on intervient auprès d'une population marginalisée en raison de la race et victime de discrimination.
- Il faut tenir compte des points de vue et des recommandations de personnes ayant un savoir expérientiel pour assurer une mise en œuvre réussie du modèle Logement d'abord.
- Il faut également offrir une diversité d'options d'hébergement. Il est crucial de travailler avec les propriétaires et leur personnel. Il est vital d'établir des relations à long terme avec les propriétaires et de s'assurer que les équipes de soutien clinique et de soutien au logement établissent régulièrement des contacts étroits avec eux, surtout en ce qui concerne les clients qui sont aux prises avec d'importants défis d'adaptation au fait d'avoir un logement. L'utilisation de baux principaux pourrait fournir aux équipes de services et aux équipes responsables des logements une marge de manœuvre additionnelle pour accélérer l'hébergement des clients.

Dans le cadre du projet Chez Soi de Toronto, un certain nombre de défis ont également été relevés. Ceux-ci devront être surmontés au fil de la mise en œuvre continue du modèle Logement d'abord.

- Si ce modèle permet de loger la vaste majorité des clients, il devra être adapté pour répondre aux besoins du petit groupe de personnes auxquelles il n'a pas permis d'avoir un logement à occupation stable.
- Au début du processus d'adaptation, il faudra offrir des services plus intensifs pour aider les personnes à établir des liens au sein de leur communauté afin de contrer les sentiments d'isolement, de perte de repères et de solitude qui naissent chez certaines personnes après l'obtention d'un logement.
- Bien des participants sont aux prises avec des obstacles à l'emploi, à la formation et à l'intégration dans la communauté, obstacles qui peuvent demeurer une fois obtenue la stabilité d'occupation. Ils ont besoin de soutien additionnel pour surmonter ces obstacles, notamment la discrimination en raison de la race ou de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle ou de la maladie mentale.

Bien que hautement efficace pour mettre un terme à l'itinérance, le modèle Logement d'abord n'est pas l'antidote à tous les défis auxquels les participants doivent faire face. Pour se rétablir, ils doivent apprendre à gérer leurs symptômes de façon saine, acquérir de nouvelles aptitudes à la vie quotidienne et, au bout du compte, reconquérir d'importants rôles sociaux (voisins, parents, amis ou collègues). Les données des récits de vie indiquent que les participants perçoivent le logement comme un catalyseur permettant des changements positifs, leur procurant un sentiment de contrôle et de sécurité. L'accès à un logement leur semble nécessaire pour amorcer un processus de rétablissement. Pour bien des participants, toutefois, le rétablissement est un long processus. Les responsables des orientations politiques et des programmes doivent reconnaître que, si le fait de loger des personnes itinérantes représente une importante réussite à court terme, il faudra plusieurs années pour voir des améliorations substantielles au chapitre du fonctionnement social, de la qualité de vie, de la santé mentale et de la consommation de substances intoxicantes.

Enfin, le modèle Logement d'abord doit s'inscrire dans une démarche multiple basée sur des données probantes à l'égard de l'itinérance au Canada. Il importe de continuer de tout mettre en œuvre pour offrir un logement sécuritaire et abordable à tous. Le projet Chez Soi démontre qu'il est possible de résoudre le problème de l'itinérance chronique et que, ce faisant, nous pouvons améliorer la qualité de vie de tous les Canadiens.

# RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Wong Y.L.I., Park J.M., Nemon H. Homeless service delivery in the context of continuum of care. *Administration in Social Work* 2006; 30(1): 67-94.
- <sup>2</sup> Tsemberis S. *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual*. Center City. Hazelden; 2010.
- <sup>3</sup> Tsemberis S., Asmussen S. From streets to homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1999; 17(1-2): 113-31.
- <sup>4</sup> Tsemberis S., Eisenberg R.F. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services* 2000; 51(4): 487-93.
- <sup>5</sup> Gulcur L., Stefancic A., Shinn M., Tsemberis S., Fischer S.N. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2003; 13(2): 171-86.
- <sup>6</sup> Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004; 94(4): 651-6.
- <sup>7</sup> Greenwood R.M., Schaefer-McDaniel N.J., Winkel G., Tsemberis S.J. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* 2005; 36(3-4): 223-38.
- <sup>8</sup> Gilmer T.P., Stefancic A., Ettner S.L., Manning W.G., Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(6): 645-52.
- <sup>9</sup> Rosenheck R., KasproW W., Frisman L., Liu-Mares W. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(9): 940-51.
- <sup>10</sup> Mares A.S., Rosenheck R.A. Twelve-month client outcomes and service use in a multisite project for chronically homelessness adults. *J Behav Health Serv Res* 2010; 37(2): 167-83.
- <sup>11</sup> Larimer M.E., Malone D.K., Garner M.D. et coll. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301(13): 1349-57.
- <sup>12</sup> Perlman J., Pravensky J. *Denver Housing First Collaborative: Cost benefit analysis and program outcomes report*. Denver: Colorado Coalition for the Homeless, 2006.
- <sup>13</sup> Statistique Canada. Most populous municipalities of Canada in 2006. 2009. [Municipalités les plus peuplées du Canada en 2006]. [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-550/table/t4-eng.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-550/table/t4-eng.cfm) (consulté en juin 2011).
- <sup>14</sup> Statistique Canada. *Canada's Ethnocultural Mosaic, 2006 Census*. [La mosaïque ethnoculturelle du Canada, Recensement de 2006]. Ottawa: Statistique Canada; 2008.
- <sup>15</sup> Social Planning Toronto. *Toronto's Social Landscape: 10 year trends, 1996-2006*. Toronto: Social Planning Toronto, 2009.
- <sup>16</sup> City of Toronto Shelter Support and Housing Administration. *2006 Street Needs Assessment: Results and Key Findings*. Toronto: Ville de Toronto, 2006.
- <sup>17</sup> City of Toronto Shelter Support and Housing Administration. *2009 Street Needs Assessment Results*. Toronto: Ville de Toronto, 2010.
- <sup>18</sup> City of Toronto Shelter Support and Housing Administration. *2010 Per Diem Rates for the Purchase of Service Shelter System and Results of the Review of the Per Diem Funding Model*. Toronto: Ville de Toronto; 2009.

- <sup>19</sup> Golden A., Currie W., Greaves E., Latimer E. Taking responsibility for homelessness: an action plan for Toronto. Rapport du Mayor's Homelessness Action Task Force. Toronto: Ville de Toronto, 1999.
- <sup>20</sup> Hwang S.W., Ueng J.J.M., Chiu S. et coll. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. American Journal of Public Health 2010; 100(8): 1454-61.
- <sup>21</sup> Mayors' Homelessness Action Task Force. Taking Responsibility for Homelessness: An action plan for Toronto. Toronto, 1999.
- <sup>22</sup> Access Alliance Multicultural Community Health Centre. Racialized groups and health status: a literature review exploring poverty, housing, race-based discrimination and access to health care as determinants of health for racialized groups. Toronto: Access Alliance Multicultural Community Health Centre, 2005.
- <sup>23</sup> Goering P., Streiner D., Adair C.E. et coll. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomized controlled trial of Housing First in five Canadian cities. BMJ Open 2011; 1(2): e000323.
- <sup>24</sup> City of Toronto Shelter Support and Housing Administration. What Housing First Means for People: Results of the Streets to Homes 2007 Post-Occupancy Research. Toronto: Ville de Toronto, 2008.

# ANNEXE A

Figure 10-1 Partenaires du projet Chez Soi - site de Toronto

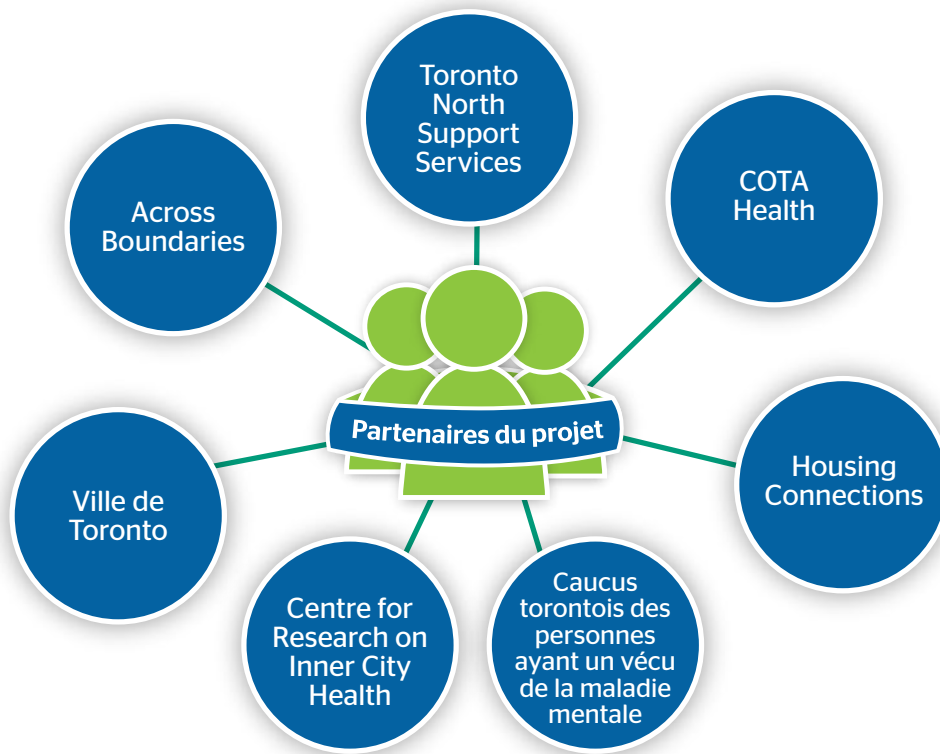


Figure 10-2 Gouvernance du site

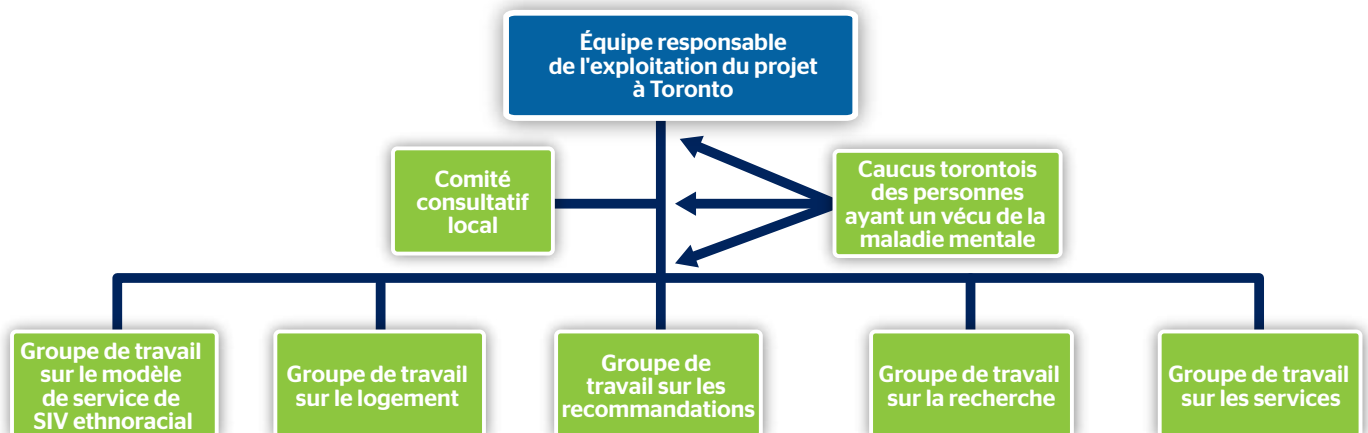
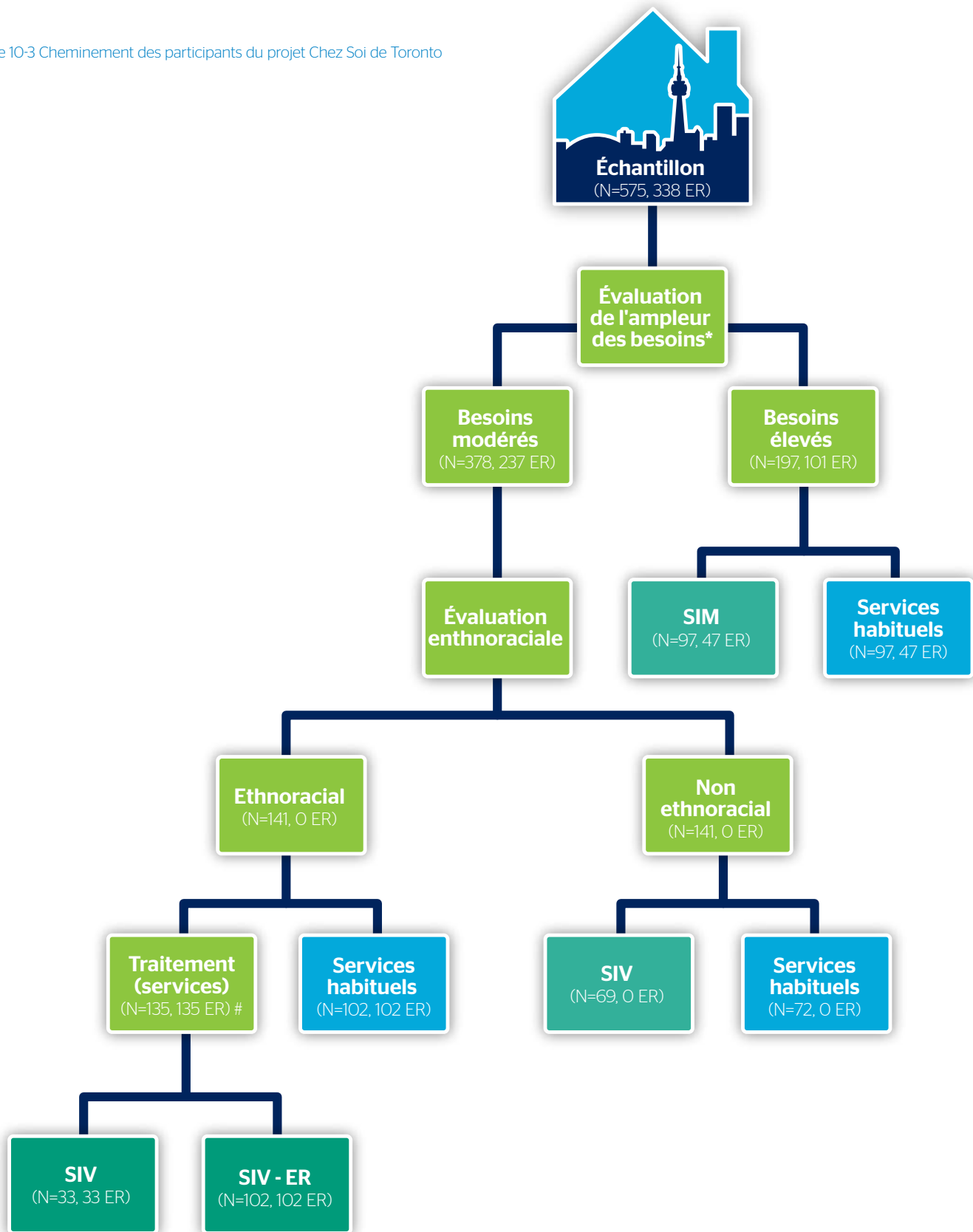


Figure 10-3 Cheminement des participants du projet Chez Soi de Toronto



# Les participants ayant des besoins modérés qui se sont définis comme membres d'un groupe ethnoracial ont eu le choix de prendre part à un programme de soutien d'intensité variable (SIV) ordinaire ou axé sur la diversité ethnoraciale, tant qu'il restait des places dans les deux programmes.

# ANNEXE B

Tableau 10-1 Précisions concernant les groupes de traitement du site de Toronto.

AMPLEUR DES BESOINS	PARTICIPANTS AYANT DES BESOINS MODÉRÉS		PARTICIPANTS AYANT DES BESOINS ÉLEVÉS
TRAITEMENT	Groupe d'interv. SIV	Groupe d'interv. SIV - ER	Groupe d'interv. SIM
TRAITEMENT	Intervention avec soutien d'intensité variable et logement	Intervention avec soutien d'intensité variable axé sur la diversité ethn raciale et logement	Intervention avec suivi intensif dans le milieu et logement
ALLOCATION DE LOGEMENT	600 \$	600 \$	600 \$
ÉQUIPE DE SERVICE	Suivi d'intensité variable (SIV)	Suivi d'intensité variable (SIV) axé sur la diversité ethn raciale	Suivi intensif dans le milieu (SIM)
NOM DE L'ÉQUIPE DE SERVICE	Toronto North Support Services	Across Boundaries	COTA Health
RATIO PARTICIPANTS-EMPLOYÉ	20:1	20:1	9:1
DISPONIBILITÉ POUR LES PARTICIPANTS	5 jours par semaine, 8 heures par jour	7 jours par semaine, 12 heures par jour	7 jours par semaine, 24 heures par jour
LIEU DES SERVICES	Dans la communauté	Dans la communauté	Dans la communauté
SERVICES OFFERTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants ont été jumelés avec un gestionnaire de cas qui a élaboré un plan de services avec eux.</li> <li>Une attention particulière a été accordée à la vie autonome et à un soutien qui augmente l'autonomie au fil du temps.</li> <li>Le gestionnaire de cas a accompagné les participants à leurs rendez-vous (psychiatre, travailleur social, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services ont été les mêmes que ceux d'un SIV ordinaire mais ont compris en plus un volet ethn racial.</li> <li>Ce pourvoyeur de services a adopté une approche holistique des soins de santé mentale qui tient compte des aspects spirituels, émotionnels, mentaux, physiques, sociaux, économiques, culturels et linguistiques ainsi que du contexte général, y compris les déterminants sociaux de la santé</li> <li>Le principal objectif du modèle est d'aider les participants à bâtir un réseau de soutien, qui comprend les membres de leur famille et leurs amis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants ont pu faire appel à tous les membres de l'équipe de SIM, dont un psychiatre et une infirmière</li> <li>Les membres de l'équipe de SIM ont fourni tous les services pertinents : gestion de cas, évaluation initiale et continue, services psychiatriques, aide à l'emploi et au logement, soutien à la famille et éducation, services liés à la consommation de substances intoxicantes et autres services qui aident les participants à mener une vie normale dans la communauté.</li> </ul>
SERVICES ADDITIONNELS		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes et initiatives mis à la disposition des participants : <ul style="list-style-type: none"> <li>aide mutuelle à l'intégration</li> <li>acquisition de compétences</li> <li>activités sociales et récréatives</li> <li>groupes de soutien, thérapies parallèles et complémentaires (art-thérapie, musicothérapie, etc.)</li> <li>expression créatrice</li> <li>cuisine communautaire</li> <li>approche individuelle et communautaire<sup>5</sup></li> </ul> </li> </ul>	
SERVICES DE SOUTIEN D'URGENCE	Oui	Oui	Oui
SERVICES DANS UNE LANGUE AUTRE QUE L'ANGLAIS	Non	Oui	Non
DURÉE DU TRAITEMENT	Au moins 1 an	Au moins 1 an	Au moins 1 an

Tableau 10-2 Définition des critères d'inclusion\*

TERME	DÉFINITION
ITINÉRANCE ABSOLUE	L'itinérance désigne la situation des personnes qui n'ont pas de refuge physique, fixe et régulier. Cette définition (conventionnelle) correspond à ce que les Nations Unies appellent l'absence de logement absolue et s'applique aux personnes vivant dans un endroit public ou privé qui ne sert généralement pas à l'hébergement d'êtres humains pour la nuit (p. ex. à l'extérieur, dans la rue, dans un parc ou sur la plage, dans une entrée d'immeuble, un véhicule stationné, un squat ou un garage) et à celles qui passent habituellement la nuit dans un lieu d'hébergement d'urgence supervisé public ou privé (refuge, centre pour itinérants, etc.). En particulier, une personne itinérante se caractérise par l'absence d'un endroit fixe où dormir pendant plus de sept nuits d'affilée et par la faible probabilité d'obtenir un hébergement au cours du mois qui suit, ou par l'absence d'adresse fixe à la sortie d'un établissement de soins, d'une prison ou d'un hôpital.
LOGÉ DANS DES CONDITIONS PRÉCAIRES	Cette expression désigne les personnes dont la résidence principale est un hôtel à chambres individuelles, une maison d'hébergement ou un motel. En outre, les personnes en situation de logement précaire doivent avoir connu au moins deux épisodes d'absence de logement absolue, selon la définition ci-dessus, pour remplir le critère d'admissibilité.
ITINÉRANCE RELATIVE	Cette expression désigne la situation des personnes dont le logement habituel ne satisfait pas aux normes de base, par exemple : 1) personnes qui occupent un logement surpeuplé ou dangereux; 2) personnes à risque d'itinérance, comme celles qui habitent de façon non officielle ou non permanente chez des amis ou des parents (p. ex. qui partagent une chambre ou dorment sur le canapé); 3) personnes en transition (p. ex. femme et enfants qui habitent une maison de transition ou un refuge après avoir fui une situation de violence familiale); 4) personnes temporairement sans demeure (p. ex. qui ont perdu leur maison à court terme par suite d'un sinistre comme un incendie ou d'un changement de situation comme une séparation ou une perte d'emploi); 5) personnes qui résident à long terme dans un établissement.
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.

\*Adapté du site suivant : <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full>



# ANNEXE C

## SOUS-ÉTUDES ADDITIONNELLES PROPRES AU SITE

### Cadre de lutte au racisme et à l'oppression

**Objectif :** Comprendre la conceptualisation des cadres de pratiques de lutte au racisme et à l'oppression, et identifier, au sein de ces cadres, les éléments qui s'appliquent à la prestation des services aux groupes marginalisés en raison de la race.

**Méthodes :** Recension complète des écrits afin de fournir à ces cadres un fondement conceptuel et théorique.

**Principales conclusions :** Même si elle présente certaines limites à titre de concept sous-tendant la pratique, la lutte au racisme et à l'oppression peut exercer une influence positive sur la prestation des services de santé mentale. Tous deux offrent l'avantage d'aborder de front des problèmes cruciaux qui imprègnent la prestation des services et la société en général. Parmi les ingrédients fondamentaux de ces cadres de pratique, on retrouve l'appropriation du pouvoir d'agir, l'éducation, la formation d'alliances, la langue, les stratégies de guérison parallèles, le militantisme ainsi que la justice sociale et l'activisme.

### Outil d'évaluation de la fidélité aux pratiques de lutte au racisme et à l'oppression

**Objectif :** L'un des objectifs clés du processus d'évaluation de la mise en œuvre consistait à mieux comprendre le troisième volet d'étude du projet Chez Soi de Toronto, qui réunit la philosophie du modèle Logement d'abord et un cadre de lutte au racisme et à l'oppression (voir ci-dessus) afin de mobiliser des clients de groupes marginalisés en raison de la race aux prises avec l'itinérance et de graves problèmes de santé mentale, et de leur offrir des services de soutien.

**Méthodes :** Recension des écrits, entrevues avec les répondants clés et enquêtes auprès des pourvoyeurs de première ligne et des gestionnaires de programmes qui servent les communautés marginalisées en raison de la race, afin de reproduire certains éléments cruciaux des pratiques de lutte au racisme et à l'oppression.

**Principales conclusions :**

- Parmi les éléments clés de la philosophie de lutte au racisme et à l'oppression liés au soutien des agences, on retrouve un engagement officiel de celles-ci à l'égard de ces pratiques, l'expérience du personnel de surveillance et administratif en matière de pratiques de lutte au racisme et à l'oppression, l'identification et la dénonciation du racisme et de l'oppression dans le lieu de travail, un milieu physique accueillant, un engagement à l'égard de l'embauche et de la formation continue de personnel issu des communautés servies par les agences et la promotion de changements à l'échelle du système.
- Pour le personnel, les pratiques clés du modèle de lutte au racisme et à l'oppression comprennent ce qui suit : s'informer explicitement des expériences en matière de racisme et d'oppression, favoriser les plans d'action permettant de faire face à la discrimination et adopter une approche holistique de la santé et du mieux-être.
- En général, l'approche de lutte au racisme et à l'oppression encourage le rétablissement de diverses façons, y compris par la validation empathique, l'appropriation du pouvoir d'agir, l'établissement de modèles de comportement et une expérience corrective d'inclusion, qui aident à la guérison et favorisent l'atteinte des objectifs de rétablissement et l'intégration communautaire. Ces conclusions ont

servi à l'élaboration d'un outil permettant d'évaluer la fidélité aux principes de lutte au racisme et à l'oppression dans le contexte de la prestation des services aux personnes marginalisées en raison de la race atteintes de maladie mentale. Cet outil d'évaluation de la fidélité est en cours de validation; des entrevues avec des experts et des méthodes de confirmation sont utilisées pour établir un consensus quant aux principaux domaines et indicateurs de l'outil.

### Propriétaires

**Objectif :** Cette sous-étude portait sur le rôle des propriétaires dans l'obtention, le maintien et la perte de logement par les participants avant leur inscription à l'étude.

**Méthodes :** Les points de vue des propriétaires (n=16), des équipes du logement et des services cliniques (n=18) ainsi que des participants au programme (n=60) ont été recueillis à l'aide d'enquêtes sous forme d'entrevue et de groupes témoins.

**Principales conclusions :** L'étude a révélé que les propriétaires exerçaient une influence considérable sur la mise en œuvre du modèle Logement d'abord, y compris sur l'obtention, le maintien et la perte de logement par les participants avant leur inscription à l'étude. Par exemple, les propriétaires ont joué un rôle important dans le processus d'accès au logement, notamment en exerçant une sélection, en examinant les demandes et en exigeant des références. La qualité de la relation entre les locataires et les propriétaires ainsi que la tolérance de ces derniers ont aussi influé sur la capacité des participants à garder leur logement. Enfin, les comportements discriminatoires des propriétaires, tels que la contrainte et le harcèlement, sont apparus comme des facteurs importants de l'attribution et du maintien du logement. L'une des recommandations issues de cette analyse est que la sensibilisation à la santé mentale et à l'incapacité constitue une étape importante de la lutte contre la stigmatisation et fournit aux propriétaires les outils nécessaires pour comprendre les comportements des personnes atteintes de maladie mentale et aider les participants au programme.

## Études sur la discrimination

### La discrimination dans les établissements de soins de santé

**Objectif :** 1) Examiner la prévalence de la discrimination perçue attribuable à l'itinérance ou à la pauvreté, aux problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi qu'à la race, à l'origine ethnique ou à la couleur de la peau chez les adultes itinérants d'appartenance ethnique diverse atteints de maladie mentale qui ont tenté de recevoir des soins de santé au cours de la dernière année; 2) déterminer à quel point les mesures autodéclarées de symptomatologie psychiatrique et de consommation de substances intoxicantes, ainsi que la fréquence d'utilisation des services de santé, sont associées à diverses formes de discrimination perçue dans les établissements de soins de santé.

**Méthodes :** Nous avons utilisé les données de base recueillies au site de Toronto du projet Chez Soi lors de l'essai clinique randomisé du modèle Logement d'abord mené auprès de personnes itinérantes atteintes de maladie mentale (n=550). Pour l'analyse, des statistiques bidimensionnelles et des modèles de régression logistique multidimensionnelle ont été utilisés.

### Principales conclusions :

- La discrimination perçue attribuable à l'itinérance ou à la pauvreté (30,4 p. 100) ainsi qu'à la santé mentale, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie (32,5 p. 100) est prévalente dans les établissements de soins de santé offrant des services à des personnes d'origines ethniques diverses en situation d'itinérance et atteintes de maladie mentale. Après avoir vérifié la présence de facteurs parasite et de psychoses, on a pu déterminer que l'utilisation fréquente de l'urgence, une longue période totale de consommation de substances intoxicantes et les problèmes de santé mentale sont associés à tous les types de discrimination.
- Comprendre les expériences de discrimination dans les établissements de soins de santé et l'utilisation des soins de santé qui s'y rapporte constitue la première étape vers l'élaboration de politiques et d'interventions susceptibles de corriger les disparités au sein des populations vulnérables. Cette étude a permis d'enrichir la base de connaissances dans ce domaine important.

## Expériences de discrimination

**Objectif :** Comprendre les expériences de discrimination vécues par les participants qui se sont définis comme membres d'une minorité ethnoraciale, et déterminer l'influence de l'itinérance, de la maladie mentale, de la race et du sexe sur ces expériences.

**Méthodes :** Cette étude aux méthodes mixtes visait à évaluer les mesures quantitatives des expériences de la discrimination pour les 231 participants aux besoins modérés appartenant à une minorité ethnoraciale. Pour réaliser les évaluations qualitatives des expériences de discrimination, on a interviewé directement 36 de ces personnes.

### Principales conclusions :

- L'analyse quantitative portant sur les 231 participants aux besoins modérés appartenant à une minorité ethnoraciale a révélé des taux de prévalence de la discrimination perçue très élevés pour l'itinérance ou la pauvreté (61,5 p. 100), la race, l'origine ethnique ou la couleur de la peau (50,6 p. 100) et la maladie mentale ou la consommation de substances intoxicantes (43,7 p. 100). Les immigrants (par rapport aux participants nés au Canada) et les personnes vivant une situation d'itinérance depuis au moins trois ans ont signalé des taux de discrimination perçue particulièrement élevés dans les trois domaines.
- Selon ces conclusions, l'analyse qualitative des 36 entrevues a ciblé de plus près les deux tiers du groupe formés d'immigrants. Trois grands thèmes en ont été dégagés : 1) l'auto-isolement par rapport aux parents et aux amis en raison de la stigmatisation; 2) les anciennes et nouvelles étiquettes ou identités – les expériences de discrimination attribuables à l'itinérance et à la maladie mentale étaient prédominantes en raison de la nouveauté de ces étiquettes; 3) le rôle de l'identité culturelle et du lieu d'origine – la façon dont la maladie mentale et l'itinérance sont perçues dans la culture d'origine des participants influait sur la manière dont ceux-ci interprétaient les nouvelles étiquettes (et, par conséquent, la stigmatisation et la discrimination qui s'y rapportent) ainsi que la manière dont ils s'y sont adaptés.

## Adaptation et résilience

**Objectif :** Déterminer les principaux facteurs de stress ainsi que les stratégies d'adaptation et de résilience chez les participants qui se sont définis comme membres d'une minorité ethnoraciale, et explorer l'influence réciproque du contexte social et des expériences d'adaptation.

**Méthodes :** Entrevues directes avec 36 participants qui se sont définis comme membres d'une minorité ethnoraciale et qui avaient des besoins modérés selon les critères de mesure de la santé mentale.

### Principales conclusions :

- Parmi les principaux facteurs de stress caractérisant l'environnement social des participants, on retrouvait le sentiment d'impuissance et d'inutilité, la discrimination raciale et le manque de repères culturels; ces facteurs exerçaient une action réciproque de manières complexes. Par exemple, l'itinérance et les problèmes de santé mentale provoquaient un sentiment d'impuissance, d'inutilité et d'isolement social, eux-mêmes aggravés et façonnés par la discrimination raciale et le manque de repères culturels associés à l'état d'immigrant ou de membre d'une communauté ethnoraciale. En outre, les facteurs de stress liés à l'itinérance et à la maladie mentale influent sur le processus d'acculturation et de perte de repères culturels, et inversement, ce qui compliquait les possibilités et les stratégies d'adaptation.
- Nous avons examiné les effets contextuels sur les trois stratégies d'adaptation les plus courantes, soit le développement de relations sociales, l'établissement d'un « point d'ancrage » et la participation à des activités enrichissantes. Nous avons ainsi constaté que les stratégies d'adaptation étaient dans l'ensemble incomplètes et ressemblaient davantage à des activités auxquelles les participants aspiraient qu'à des stratégies productives. Par exemple, le développement de relations sociales et la recherche de soutien ou d'aide auprès d'autrui se butaient à une méfiance bien enracinée, les « points d'ancrage » sur lesquels s'appuyer étaient souvent mal définis ou inaccessibles sur le plan physique et émotionnel et la participation à des activités enrichissantes était difficile à cause du manque d'outils et de ressources. En établissant un lien clair entre certains défis contextuels et en révélant leurs effets sur l'adaptation, nous avons mis au jour les possibilités d'améliorer la capacité d'adaptation et de résilience.

## Études sur la santé physique et les services de première ligne

### Maladie cardiovasculaire

**Objectif :** Examiner les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et le risque de maladie cardiovasculaire sur 30 ans chez les personnes itinérantes et atteintes de maladie mentale.

**Méthodes :** Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire ont été évalués chez 352 personnes itinérantes et atteintes de maladie mentale à Toronto, au Canada, au moment de leur inscription à l'étude. On a calculé le risque de maladie cardiovasculaire (décès attribuable à la coronaropathie, infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral, fatal ou non) sur 30 ans à l'aide de formules publiées, puis on a examiné son lien possible avec le besoin en matière de services de santé mentale, le sexe, le diagnostic de trouble psychotique, l'ethnicité, l'accès à un médecin de famille et le diagnostic de dépendance envers les substances intoxicantes.

**Principales conclusions :** Pour les participants à l'étude, le risque de maladie cardiovasculaire sur 30 ans était de  $24,5 \pm 18,4$  p. 100, soit plus du double de la normale de référence ( $10,1 \pm 7,21$  p. 100). Dans le cadre des analyses unidimensionnelles, le sexe masculin et le diagnostic de dépendance envers les substances intoxicantes étaient associés à un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire (RC de 3,99, IC de 95 p. 100 : 2,47-6,56,  $p < 0,001$  et RC de 1,94, IC : 1,23-3,06,  $p = 0,004$ , respectivement), tandis que l'ethnicité était associée à un risque moins élevé de maladie cardiovasculaire (RC de 0,62, IC : 0,39-0,97,  $p = 0,040$ ). Dans le cadre des analyses rajustées, seuls le sexe masculin (RC de 5,14, IC : 3,00-8,81;  $p < 0,001$ ) et la dépendance envers les substances intoxicantes (RC de 1,78, IC : 1,05-3,00,  $p = 0,032$ ) étaient associés à un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire. Les taux de tabagisme et de consommation de cocaïne étaient plus élevés chez les personnes n'appartenant pas à un groupe ethnoraciale ( $p \leq 0,014$ ). Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de faire de l'hypertension, présentaient un indice de masse corporelle plus bas et un rapport taille-hanches plus élevé ( $p \leq 0,008$ ).

# ANNEXE D

## MÉTHODES

### CRITÈRES POUR ÉTABLIR L'AMPLEUR DES BESOINS

Les participants aux **BESOINS ÉLEVÉS** doivent correspondre aux critères suivants :

1. avoir un score de 62 ou moins sur l'échelle MCAS

et

2. avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire selon le questionnaire MINI ou une observation de trouble psychotique selon le questionnaire de dépistage (c.-à-d. qui a répondu « oui » à au moins deux des questions 6 à 10 du questionnaire d'évaluation de l'admissibilité)

et

3. doivent aussi satisfaire à l'un des trois critères suivants :

- i) avoir indiqué « oui » (ou « ne sait pas » ou refusé de répondre) lorsqu'on leur a demandé s'ils ont été hospitalisés pour cause de maladie mentale deux fois ou plus au cours d'une année donnée durant les cinq dernières années;

ou

- ii) avoir indiqué une consommation concomitante de substances intoxicantes;

ou

- iii) avoir indiqué « oui » (ou « ne sait pas » ou refusé de répondre) lorsqu'on leur a demandé s'ils s'étaient récemment fait arrêter ou incarcérer.

Tous les autres participants qui ont satisfait aux critères d'admissibilité de l'étude, mais non à ceux du groupe à besoins élevés ont été considérés comme des participants à besoins modérés<sup>23</sup>

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

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

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

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

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



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada