

# Projet NFA

## London, Ontario

TYPE DU PROGRAMME : Interventions pour prévenir les libérations psychiatriques vers l'itinérance

Environ un Canadien sur cinq est touché par des problèmes de santé mentale (Wilton, 2004). Des événements traumatisants de la vie, un manque de soutien social et un manque de stratégies d'adaptation signifie que beaucoup de personnes souffriront de dépression, d'anxiété, de désordres de la personnalité et de psychoses au cours de leur vie. Ces problèmes peuvent compromettre davantage l'aptitude des gens à affronter les défis de la vie et de plus, un manque de logement peut aggraver le problème. Les circonstances de vie contribuant à l'itinérance (perte d'emploi, conflits familiaux et autres traumatismes) sont les mêmes que celles qui contribuent aux problèmes de santé mentale. Il n'est pas difficile de comprendre que les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont également sans abri ont des difficultés à profiter de la vie et d'affronter les défis lorsqu'ils ne savent même pas où ils passeront la nuit ou d'où proviendra leur prochain repas.

Bien que le secteur de l'itinérance manque de mesures normalisées pour identifier avec précision le nombre de sans-abri qui sont aussi atteints de troubles mentaux, un nombre d'études suggère que les personnes aux prises avec des troubles mentaux et/ou d'accoutumance sont surreprésentés parmi les sans-abri. On note parmi les recherches une étude menée à Toronto en 1997 sur 300 usagers des refuges qui a démontré que les deux-tiers des répondants avaient rapporté un diagnostic chronique de maladie mentale (Goering et collab., 2002). À Ottawa, 33 % d'un échantillonnage de la population de la rue adulte avait admis volontairement avoir des difficultés de santé mentale. Parmi ceux-ci, 20 % avait rapporté une dépression (Farrell et collab., 2001). Le projet Pathways into Homelessness de Toronto a aussi découvert que 29 % des usagers des refuges possédaient des critères de troubles de personnalité antisociale, souvent ajoutés à un autre diagnostic tel que la dépression, l'état de stress post-traumatique (ESPT) ou des troubles psychotiques (Mental Health Policy Research Group, 1997).

*À Ottawa, 33 % d'un échantillonnage de la population de la rue adulte avait admis volontairement avoir des difficultés de santé mentale.*

*Parmi ceux-ci, 20 % avait rapporté une dépression* (Farrell et al., 2001).

## MESSAGES CLÉS

- INTÉGRATION DES SERVICES  
– REFAIRE LE LIEN ENTRE LE LOGEMENT, LE REVENU ET LES SERVICES DE SANTÉ
- COMPRÉHENSION DES DIFFÉRENTS BESOINS DES CLIENTS
- UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE
- RÉPONDRE À LA QUESTION FONDAMENTALE : LE LOGEMENT
- ACCESSIBILITÉ

---

### Coordonnées

Dr. Cheryl Forchuk  
Arthur Labatt Family School of Nursing  
Université Western Ontario  
London, ON N6A 5B9

Tél. 519-685-8500 x 77034  
C cforchuk@uwo.ca

En plus des circonstances personnelles qui peuvent mener à la pauvreté, beaucoup de personnes deviennent des sans-abri après avoir été confiées à des institutions et des systèmes publics, y compris des institutions de correction, des placements familiaux et des établissements de santé. Dès les années 70, en raison de réformes politiques fédérales qui virent un changement dans la façon dont les hôpitaux apportaient des soins de santé mentale aux communautés, et d'un déclin progressif du soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux ou d'accoutumance, les systèmes ont joué un rôle important dans la contribution au problème. Un manque d'intégration entre des secteurs tels le logement, les services correctionnels, les services de santé et de protection de l'enfance, signifie que le logement est exclu de la mission de ces systèmes, et l'absence d'une politique nationale sur le logement et la santé mentale ne fait qu'accroître les risques. Le Canada n'a pas de stratégie nationale de logement, et jusqu'à la parution récente d'un document de la Commission de la santé mentale du Canada intitulé *Changer les orientations, changer des vies : première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (2012), une stratégie nationale en matière de santé mentale nous faisait aussi défaut. La disponibilité des logements abordables a aussi diminué durant les années 80 et 90 et la responsabilité envers le logement social est passée du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux et municipaux. Au cours des dix dernières années, les taux de soutien du revenu ont également été réduits.

Dans certains cas, les personnes sortent des hôpitaux, des prisons et des services d'aide à l'enfance sans l'appui d'un réseau de soutien et sans adresse fixe (SAF). Puis ils entrent dans le système de l'itinérance où ils risquent de devenir des sans-abri chroniques, retournant souvent dans le système duquel ils venaient tout juste de sortir.

Les personnes logées risquent de perdre leur logement lorsqu'ils doivent recevoir des soins psychiatriques en milieu hospitalisé. Certains patients sont déjà sans abri quand ils arrivent à l'hôpital, et les systèmes actuels ne sont pas en mesure de veiller à ce qu'ils retournent dans un logement à leur sortie, et encore moins dans un logement qui répond à leurs besoins et peut les aider à éviter l'itinérance de façon permanente. Même pour ceux qui ont un domicile où retourner, la période initiale après la sortie de l'hôpital peut être une période où il leur est difficile de maintenir leur bien-être.

Afin de prévenir l'itinérance parmi une population qui doit aussi faire face à des problèmes de santé mentale, il est impératif de s'occuper des problèmes systémiques qui ont contribué à ce problème croissant. Il y avait en 2002 une crainte grandissante face au nombre de personnes provenant directement des hôpitaux. D'après les données de base des refuges, à London, en Ontario, il y avait eu au moins 194 sorties des services psychiatriques vers des refuges ou des SAF, et d'après les données des hôpitaux, 167 sorties des services psychiatriques vers des refuges ou des SAF. En conséquence, un projet pilote a été créé fournissant un soutien immédiat pour la recherche d'un logement, ainsi que des soutiens du revenu, afin de conserver le logement des personnes devant affronter des problèmes de santé mentale. Cette intervention pilote a été conçue pour empêcher que les individus sans logement, stables sur le plan psychiatrique et sur le point de sortir des hôpitaux ne se retrouvent dans la rue. Elle fut ensuite étendue pour fournir un soutien à toute personne dont la sortie de l'hôpital risquerait de mener à l'itinérance, sans tenir compte d'une histoire d'itinérance antérieure.

*«La prévention de l'itinérance est essentielle dans la lutte pour y mettre fin. Si l'on ne se concentre pas sur la prévention, les efforts que nous déploierons pour retirer les gens de l'itinérance seront compromis par les efforts déployés sur les gens qui y entrent. Nous ne ferions qu'abandonner le 'navire de l'itinérance' avant qu'il ne coule.»*

(Philip F. Mangano, Directeur administratif du United States Interagency Council on Homelessness)

# DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le projet a été mené dans deux hôpitaux de London, Ontario. Dans un des hôpitaux, les clients avaient accès au personnel du projet trois fois par semaine, de 9 heures du matin à minuit. Les clients du second hôpital pouvaient consulter le personnel du projet trois fois par semaine de 13 h à 16 h de l'après-midi. Les individus pouvaient prendre des rendez-vous ou pouvaient passer durant ces heures pour avoir accès à deux types de soutien : le logement et le revenu. L'intervention a été mise en œuvre en trois phases :

## Phase 1 : Intervention dans deux hôpitaux dotés de services psychiatriques

La phase 1 consistait à modifier les politiques existantes sur le logement et les frais initiaux à l'attention d'un groupe choisi de bénéficiaires de soutien du revenu provenant d'Ontario au travail (OAT) et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH). Cela comprenait la garantie à un groupe aléatoire de sept clients d'un accès rapide à des fonds initiaux communautaires (par ex. le premier et le dernier mois du loyer) et un traitement accéléré vers une connexion directe avec le soutien du revenu, y compris OAT/POSPH, et un accès immédiat à un intervenant du logement pour obtenir de l'aide pour trouver un logement. Un autre groupe de sept personnes choisies au hasard a reçu des soins ordinaires. Comme nous l'avons mentionné, ces 14 personnes n'avaient aucun antécédent d'itinérance avant de perdre leur logement lors de l'admission courante. Ils avaient aussi un revenu stable (Ontario au travail ou Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées), et étaient stables du point de vue psychiatrique à leur sortie.

Les sept participants ayant reçu cette assistance supplémentaire étaient encore logés six mois plus tard, alors que six des sept personnes qui avaient reçu les soins ordinaires étaient toujours sans abri six mois après leur sortie. La seule personne qui a évité l'itinérance avait été recrutée dans le commerce du sexe alors qu'elle se rendait au refuge. L'équipe du programme pilote en a conclu que même si des clients très stables sans histoire antérieure d'itinérance ne pouvaient pas éviter l'itinérance sans cette intervention, d'autres clients plus vulnérables encore n'en seraient certainement pas capables non plus (Forchuk et collab., 2007). La première phase du projet pilote s'est achevée et les chercheurs ont bientôt commencé la phase deux, qui comprenait tous les clients psychiatriques de London qui risquaient d'être libérés sans adresse fixe.

## Phase 2 : Intervention pour tous les patients recevant des soins psychiatriques intensifs au sein d'un hôpital général

Dans le cadre de la phase 2, Ontario au travail (OAT) a directement assigné un membre du personnel à un service de soins psychiatriques intensifs d'un hôpital général de London, Ontario. Cette personne apportait de l'aide à tous les demandeurs et bénéficiaires OAT du service psychiatrique ayant besoin d'un soutien au revenu et au logement. Un lien informatique direct reliait le service à la banque de données OAT, ce qui signifiait qu'une action appropriée (par ex. don de fonds communautaires initiaux ou paiement d'un loyer en retard pour éviter l'expulsion) pouvait être initiée immédiatement. Le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) a participé en identifiant un contact clé pour le projet. Un intervenant au logement de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) aidait les clients à trouver un logement. Le travailleur de l'ACSM avait accès aux ressources de logements communautaires, aux demandes d'acheminement de soutien individuel, y compris les foyers collectifs et une base de données informatique affichant les logements locatifs disponibles à London.

## Phase 3 : Intervention pour tous les patients au sein d'un hôpital psychiatrique de soins tertiaires spécialisés.

La phase 3 a été tenue dans un hôpital psychiatrique de soins tertiaires de London, en Ontario, et a mis en œuvre les mêmes services qu'à la phase 2. Le spécialiste d'Ontario au travail (OAT) apportait de l'aide à tous les demandeurs et bénéficiaires OAT du service psychiatrique ayant besoin d'un soutien au revenu et au logement. Un lien informatique direct avec la banque de données d'OAT a été installé à l'hôpital pour que les transferts de fonds puissent se faire immédiatement. Le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) a participé en identifiant un contact clé pour le projet. Un intervenant au logement de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) avait accès aux ressources de logements communautaires, aux demandes d'acheminement de soutien individuel et à une base de données informatique affichant les logements locatifs disponibles à London, et aidait les clients à trouver un logement. La phase 3 était unique en ce sens que les patients en soins tertiaires avaient besoin d'une plus grande aide de la part de l'intervenant au logement. Ce dernier communiquait avec différentes options de logement au nom des clients et visitait aussi les appartements avec eux. L'intervenant au logement s'assurait aussi que les clients figurent sur les listes d'attente de logements subventionnés et, pour ceux qui n'étaient pas encore sur la liste, les aidait à remplir les formulaires nécessaires.

# PREUVES D'EFFICACITÉ

L'équipe de recherche (chercheurs de l'Université de Western Ontario, membres de la communauté et des agences communautaires) a rassemblé des données pour comparer les effets de l'apport de soutien au revenu et au logement à des clients psychiatriques à risque d'itinérance. La conception des phases 2 et 3 était plutôt un programme d'évaluation qu'un essai contrôlé et randomisé. Étant donné que les sujets témoin de la phase 1 s'en étaient tellement mal sortis, on a jugé contraire à l'éthique de poursuivre l'intervention. Une analyse de rentabilité a également été menée.

## Les résultats

14 personnes ont été intégrées dans la phase 1 du projet pilote.

Six mois après leur sortie de l'hôpital :

- les 7 personnes à qui on avait attribué l'intervention de façon aléatoire (accès rapide aux soutiens au revenu et au logement) étaient toujours logées, alors que sur les 7 personnes qui avaient reçu les soins ordinaires, 6 étaient toujours sans abri (Forchuk, MacClure et collab., 2008).

Forchuk et collab. (sous presse), ont approfondi ces résultats en testant l'intervention sur un plus grand échantillonnage de 251 individus. Selon les données du refuge :

- l'intervention a réduit le nombre d'individus qui devenaient des itinérants ou SAF lorsqu'ils sortaient des hôpitaux de 194 en 2002 (la base de référence de cette étude) à 15 en 2008, selon les données du refuge (l'année où l'intervention a été mise en œuvre);
- le nombre de clients qui devenaient des itinérants ou SAF lorsqu'ils sortaient des soins tertiaires et intensifs avait aussi diminué de 167 en 2002 à 132 en 2008, selon les données de l'hôpital. Cependant, en 2008, le dépistage s'est amélioré et le centre de désintoxication s'est installé dans un des refuges, et par conséquent, cette baisse est probablement plus grande; et

- les résultats montrent que parmi les individus qui ont bénéficié de l'intervention, 92,5 % étaient à risque imminent de devenir des sans-abri, et sur 251 individus, seulement 3 avaient à leur disposition des logements abordables permanents ou provisoires.

## Analyse de rentabilité

Les coûts de mise en place et de maintien de l'intervention étaient inférieurs aux augmentations des coûts médicaux associés à l'itinérance et le coût de l'hébergement des individus dans les refuges. Plus précisément, le coût total de mise en œuvre de l'intervention dans un service d'hospitalisation pendant 3 jours par semaine (3 917 \$ par mois) était inférieur au coût mensuel pour entretenir 4 individus sans-abri (5 200 \$) (London Ontario Community and Protective Services Committee Meeting, 2008).

# PERSPECTIVE DE L'UTILISATEUR



Soixante-six clients ont participé à une entrevue approfondie lors de leur sortie, puis après un mois et trois mois. Les entrevues comprenaient des instruments quantitatifs et des questions ouvertes.

De plus, un total de 31 groupes de discussion ont été tenus avec 75 individus et spécialistes (par ex. membres de l'hôpital, personnel de soutien au revenu, personnel de promotion du logement). Les groupes de discussion se sont réunis à chaque emplacement un mois après la mise en place de l'intervention et une deuxième fois six mois plus tard. Les clients ont rapporté que :

- ils étaient très satisfaits des services reçus et très heureux de pouvoir trouver un logement sûr et abordable. Les clients aimaient la rapidité des services et la vitesse à laquelle les rendez-vous étaient arrangés avec les travailleurs sociaux pour résoudre les problèmes liés à OAT;
- ils étaient très satisfaits par la spécialiste de promotion du logement et l'ont trouvée utile, amicale, rapide, efficace, tolérante, courtoise, compréhensive, pleine de ressources, positive, bien informée, compassionnelle et disposée à écouter et à aider. Après leurs visites, les clients se sentaient plein d'espoir et d'optimisme au sujet de leurs perspectives de logement;
- le service leur a donné le désir de commencer à chercher un logement et de rechercher des options de soutien financier. La spécialiste d'aide au logement a soulagé les clients de leur stress et a aidé ceux qui avaient besoin de vivre quelque part après leur sortie de l'hôpital. Les clients ont aussi rapporté avoir remarqué combien le service avait aidé les autres à l'hôpital; et
- une cliente a déclaré que sans l'aide de la spécialiste de promotion au logement, elle «n'aurait pas su où aller».

## *Les perceptions du personnel au sujet de l'intervention*

Le personnel hospitalier a rapporté que l'intervention :

- a eu une influence positive sur ses clients;
- a influencé d'autres aspects de la vie de leurs clients, le logement étant essentiel à leur bien-être et leur quiétude;
- a augmenté les aptitudes des clients à participer et à s'engager activement dans leurs propres soins;
- a augmenté le degré de responsabilité et d'indépendance des clients;
- a augmenté l'efficacité de la transition au sein de la communauté, ce qui est de la plus haute importance pour cette population. Une planification de la sortie est amorcée dès l'admission et un plan d'aide peut être établi basé sur ces services pour veiller à la prévention d'une sortie sans adresse fixe; et
- a eu une influence positive sur le traitement des clients durant leur séjour à l'hôpital (Forchuk et collab., 2008).



## Personnel

Il y avait dans chaque hôpital un coordinateur des soutiens communautaires du programme de promotion du logement de l'ACSM, et un agent de traitement des cas de l'OAT qui offrait des services aux deux hôpitaux.

### Aide au logement

Le coordinateur des soutiens communautaires de l'ACSM a utilisé les bases de données du logement de l'ACSM pour faciliter l'accès aux listes de logements disponibles et aider les individus à contacter les propriétaires, arranger les visites et remplir les demandes. Le coordinateur a ensuite collaboré avec le personnel de l'hôpital pour préparer les plans de sortie du client, fournir les suivis et identifier les défis de transition éventuels, tels par exemple trouver des fonds, attendre que les demandes soient acceptées ou faire le suivi des listes d'attente et de la disponibilité des logements.

### Personnel de soutien du revenu

Le gestionnaire de cas d'OAT a aidé chaque hôpital à remplir ou passer en revue les demandes des clients. L'ordinateur portatif a été configuré pour faciliter l'accès au système en ligne d'OAT, ainsi que pour imprimer les documents nécessaires. Le travailleur d'OAT a été capable d'arranger les autorisations du soutien financier dans le cadre de la planification de la sortie.

L'ACSM s'est chargée du suivi des transitions de l'hôpital dans la communauté, y compris répondre aux besoins de base, les recommandations pour le soutien nécessaire par le biais des autres programmes ACSM ou de prestataires de services communautaires supplémentaires.

## Partenariats

Les partenariats ont été essentiels pour assurer la réussite de cette intervention. Le partenariat entre les agences communautaires et le personnel (ACSM, OAT, POSPH, le personnel des refuges, le personnel communautaire) et le personnel hospitalier (infirmiers, travailleurs sociaux) était essentiel pour la mise en œuvre du projet et n'a fait que se solidifier pendant la procédure.

### Sources d'acheminement des hôpitaux

*London Health Science Centre et Regional Mental Health Care London*

Les hôpitaux ont fourni des données de base sur les taux de sortie vers l'itinérance avant l'intervention. Ils représentaient également les lieux de recrutement et de recueil de données des clients, puisque les clients résidaient à l'hôpital avant leur sortie. La coopération de l'administration et du personnel hospitalier a été très importante pour veiller à ce que les données soient recueillies, que les clients soient identifiés pour leur participation, et que des suivis sur le succès de l'intervention soient fournis.

### Personnel de soutien au revenu

*Ontario au travail et le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*

L'intervention actuelle n'aurait pas pu réussir sans le partenariat avec OAT et POSPH. Le soutien du logement et la disponibilité des paiements étaient nécessaires pour que les clients se procurent un logement et pour éviter qu'ils soient renvoyés à l'itinérance à leur sortie. La coopération et le soutien d'OAT et de POSPH étaient indispensables pour garantir ces soutiens aux clients.

### **Services communautaires de santé mentale**

La branche locale de l'Association canadienne pour la santé mentale était un partenaire clé. Ils avaient l'expérience nécessaire dans le domaine du soutien au logement et offraient ce soutien aux participants. Ils avaient aussi élaboré une grande banque de données sur tous les logements disponibles de la ville, ce qui représentait une ressource importante.

### **Ville de London**

Le personnel de la ville de London était un élément clé. Il s'agissait non seulement de l'administration du bureau local d'Ontario au travail, mais aussi du service d'aide sociale dans son ensemble. La ville a fourni les fonds initiaux pour piloter l'intervention, ce qui était essentiel pour mener l'étude à grande échelle. Le personnel de la ville travaille directement avec un portefeuille et la priorité au sein de la ville a facilité la collaboration dans ce projet.

### **Refuges**

Le personnel des refuges pour sans-abri a d'abord identifié le problème et ont fourni des informations issues de leurs données administratives pour évaluer la situation de base, ainsi que des informations sur la situation après que la nouvelle intervention ait été en mise en place.

### **Recherche et communauté**

Initialement, le personnel a travaillé sur des stratégies d'identification et d'intervention précoces par le biais d'une Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) subventionnée par le CRSH (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada). Il s'agissait d'un partenariat allant de l'identification et de la validation du problème, au développement et à la vérification des stratégies de mise en œuvre.

## **Le coût**

La ville de London a fourni le soutien financier pour la prestation de l'intervention aux deux emplacements. Les agences participantes ont rapporté que cela coûtait environ 42 000 \$ annuellement pour garder du personnel à l'hôpital 3 jours par semaine. Cela coûte également 5 300 \$ (supplémentaires) pour mettre sur pied cette unité de service à l'hôpital. Ce coût ne tient pas compte des contributions en nature de l'hôpital, qui comprennent les locaux à bureaux, l'installation des ordinateurs et leur accès, le téléphone, le parc de stationnement et l'habilitation de sécurité d'accès au réseau de l'hôpital.

Les subventions pour l'évaluation de la phase 2 ont été fournies par les Instituts de recherche en santé du Canada et les subventions pour l'évaluation de la phase 3 ont été fournies par le Secrétariat des partenariats de lutte contre l'itinérance.



# MESSAGES CLÉS

## INTÉGRATION DES SERVICES – REFAIRE LE LIEN ENTRE LE LOGEMENT, LE REVENU ET LES SERVICES DE SANTÉ

Il y a un manque de logements abordables à l'échelle nationale. La situation est encore plus grave pour les personnes à faible revenu atteintes de troubles mentaux. La santé et le bien-être de tous peuvent être considérablement influencés par une variété de facteurs sociaux, dont le logement et le revenu. Cependant, aux niveaux provincial et fédéral, les services du logement et de l'emploi opèrent indépendamment, rendant la collaboration et le financement entre les secteurs très difficiles. La coupure entre les services entraîne une coupure des soins, ce qui signifie que les besoins de base des gens ne sont pas satisfaits et qu'ils risquent de devenir des sans-abri. Ce projet a démontré que l'itinérance peut être réduite en reconnectant le soutien au logement, le soutien au revenu et les services de soins psychiatriques afin de répondre de façon adéquate aux besoins des clients aux prises avec des troubles mentaux et qui risquent de devenir des sans-abri.

Le niveau des soutiens au revenu disponibles par l'intermédiaire de l'assistance publique, fait qu'il est difficile pour qui que ce soit qui en dépend d'acquiescer et de conserver un logement adéquat. Cette nouvelle intervention est limitée par ces problèmes systémiques de taille. Néanmoins, malgré ces problèmes, cette intervention peut offrir de l'aide au niveau local. Les résultats de ce projet pilote soutiennent l'idée que les problèmes systémiques contribuent à l'itinérance et la perpétuent pour certaines personnes, et qu'il est tout aussi urgent de trouver des solutions systémiques que des solutions individuelles.

## COMPRÉHENSION DES DIFFÉRENTS BESOINS DES CLIENTS

L'aptitude des clients à accéder aux services et à assurer le suivi quant au logement peut dépendre du degré de leur condition psychiatrique. Les clients en soins intensifs avaient plus tendance à être des assistés sociaux, alors que les clients en soins tertiaires avaient plus tendance à bénéficier du soutien pour personnes handicapées. Par conséquent, les différents sites devaient offrir des systèmes différents.

Les clients en soins intensifs étaient plus autonomes, venaient sans recommandations et suivaient souvent les suggestions en matière de logement éventuel. Des séjours plus courts pour les clients en soins intensifs signifiaient que le service du centre de jour était très important. Il faut plus d'heures de service afin d'être plus accessible et si l'on veut que les clients puissent avoir accès au service avant leur sortie. Trois jours par semaine ne suffisaient pas pour recevoir tous les clients en soins intensifs vu la courte durée de leur séjour. En particulier, certains clients qui avaient été libérés avant d'avoir été reçus sont venus en fin de semaine.

Les clients en soins tertiaires avaient besoin de plus d'encadrement de la part du personnel du logement et davantage de suivi de la part du personnel de l'hôpital. Il y avait moins de temps disponible pour les «visiteurs inattendus» étant donné que le personnel passait plus de temps à aider les clients hors-site. Les services de soins tertiaires sont largement dispersés partout dans l'hôpital, et puisque ces clients sont plus atteints et moins indépendants, il était important que le service se mette en contact direct avec les services hospitaliers pour les acheminements chaque semaine.



## UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE

L'accès aux banques de données contenant des données et des informations sur le soutien au logement et au revenu était essentiel à la réalisation de ce service. Pour encourager des projets semblables incluant un accès rapide aux informations par le biais de liens informatiques, la province doit développer des façons souples et sûres d'accéder aux bases de données hors-site sur le soutien au revenu.

## RÉPONDRE À LA QUESTION FONDAMENTALE : LE LOGEMENT

L'itinérance entraîne de multiples soucis et craintes; sans la sécurité d'un foyer, la vie peut être stressante. D'abord et avant tout, il y a l'absence d'un endroit sûr pour dormir et vivre. Le personnel a senti que ce service allégeait la pression et l'anxiété des clients, car il leur apportait des options, de même que l'espoir qu'ils auront un endroit où vivre après leur sortie. Cette question importante ayant été réglée, l'humeur des clients s'était améliorée, et en conséquence, ils ont trouvé la volonté et la capacité de se concentrer sur leur traitement.

Ce service a aussi permis au personnel de prendre conscience des raisons réelles pour lesquelles quelqu'un peut se retrouver à l'hôpital. Un exemple précis cité par le participant d'un groupe de discussion mentionnait une patiente qui avait simulé sa maladie dans l'espoir de rallonger son séjour à l'hôpital parce qu'elle n'avait pas de logement. Après avoir bénéficiée des services d'aide au logement, on lui a trouvé un domicile dans les 24 heures. Son comportement en matière de traitement et de sortie avait complètement changé. Dans ce cas, la question psychiatrique n'était pas forcément le problème principal, mais il s'agissait plutôt d'un problème financier/de logement qui avait mené à un séjour hospitalier rallongé.

## ACCESSIBILITÉ

Plutôt que d'acheminer les patients vers un autre service pour qu'ils arrangent leurs besoins en logement, le spécialiste d'aide au logement était disponible au service hospitalier même, dans un environnement sûr et familial. Cette augmentation de disponibilité a réduit un des obstacles à l'accès au logement. Un client suicidaire ne peut pas quitter l'hôpital pour se rendre au bureau du Bien-être social, mais malgré tout, c'est souvent sa seule option pour accéder à un logement ou à de l'aide financière. Le bureau doit être accessible et bien visible. Des brochures et des affiches faisant la promotion des services avaient été placées dans les ascenseurs de l'hôpital tertiaire et aux services hospitaliers des deux sites. Il fallait fréquemment remplacer les affiches. D'après le personnel, la possibilité d'offrir l'accès à des services multiples sur place a également eu une grande influence sur l'aptitude des clients à participer et à s'engager activement dans leurs soins.

# CONCLUSION

Le fait que des patients psychiatriques se retrouvent à la rue lorsqu'ils sortent des hôpitaux est un exemple des enjeux systémiques qui contribuent à l'itinérance. Dans l'ensemble, les données révèlent l'effet positif que possède l'intervention sur la prévention de l'itinérance et l'obtention de logements pour les individus sortant des services psychiatriques. Les données révèlent également le succès et le besoin de la mise en œuvre d'un service chevauchant plusieurs secteurs de services pour atteindre la prévention de l'itinérance à la sortie des services psychiatriques.

Le personnel a témoigné de la réussite de l'intervention dans la mesure où elle avait effectué avec succès la transition dans la communauté, ce qui est le plus important pour cette population. La planification de la sortie est décidée lors de l'admission et un plan peut être dressé basé sur ces services pour assurer la prévention d'une sortie sans adresse fixe.

L'intervention offre le potentiel de réduire les coûts associés à l'itinérance et par conséquent intéresse les décideurs et les gouvernements responsables de la prévention de l'itinérance et de la réduction des coûts publics. Des stratégies semblables pourraient être mises en place pour d'autres points de transition clés, y compris les gens fuyant des situations de violence domestique, quittant la prison, étant admis en salle d'urgence, quittant la garde de l'aide à l'enfance, et les sorties des hôpitaux non psychiatriques. D'autres domaines clés dans le secteur de la santé doivent être explorés. Par exemple, il s'avère que les salles d'urgence et les services hospitaliers laissent fréquemment sortir des clients à troubles mentaux sans adresse fixe.

Cette intervention peut être un nouveau modèle garantissant que personne ne sorte d'une institution sans avoir un endroit où vivre et pourrait éventuellement prévenir l'itinérance pour toutes les personnes libérées des soins psychiatriques, et non seulement celles de London, Ontario.

## Références

- Farrell, S. J., Aubry T., & Reissing, E. (2001). Street needs assessment: An investigation of the characteristics and service needs of persons who are homeless and not currently using emergency shelters in Ottawa. Ottawa: Université d'Ottawa.
- Forchuk, C., MacClure, S.K., Van Beers, M., Smith, C., Csiernik, R., Hoch, J., Jensen E. (2008). Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharge from psychiatric wards to shelters and 'No Fixed Address'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15(7):569-75.
- Forchuk, C, Godin, M, Hoch, J., Kingston-MacClure, S., Jeng, M., Puddy, L. Vann, R. & Jensen, E. (in press). Preventing Discharge from Psychiatric Wards to Homelessness: Perspectives of Consumers and Staff. *Journal of Psychosocial Nursing*.
- Mental Health Policy Research Group (1997). Mental illness and pathways into homelessness: Findings and implications. Paper presented at the Mental Illness and Pathways into Homelessness Conference, Toronto.
- Commission de la santé mentale du Canada (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (2012). Tiré de <http://strategie.commissionsantementale.ca>
- Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science and Medicine*, 58, 25-39.