



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Projet Chez Soi Rapport provisoire

Septembre 2012

www.commissionsantementale.ca

L'approche Logement d'abord améliore les conditions de vie des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale. En outre, l'approche fait un usage judicieux des fonds publics, particulièrement en ce qui concerne les grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux.

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit du travail de l'équipe dirigée par Paula Goering, chercheuse principale, et formée de Scott Veldhuizen, d'Aimee Watson, de Carol Adair, de Brianna Kopp, d'Eric Latimer et d'Angela Ly.

Outre les personnes mentionnées ici, l'équipe du projet Chez Soi comprend le groupe des dirigeants du projet au pays et près de 30 chercheurs du Canada et des États-Unis. Le rapport résume les activités et les tâches accomplies par les cinq coordonnatrices et les nombreux pourvoyeurs de services d'hébergement et d'autre nature, et des personnes ayant un vécu de la maladie mentale qui ont participé à la conception et à la mise en œuvre du projet.

La production de cette recherche a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

Les opinions qui sont exprimées ici représentent uniquement celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

1. Messages principaux.....	6
2. Résumé.....	8
3. Introduction	
a. But.....	12
b. Enjeu stratégique.....	12
c. Qu'est-ce que l'approche Logement d'abord?.....	14
d. Efficacité de l'approche Logement d'abord.....	15
e. Projet Chez Soi.....	16
i. Mise en œuvre.....	18
ii. Participation de décideurs et d'autres intervenants.....	19
iii. Participation de personnes ayant un vécu de la maladie mentale et de l'itinérance.....	19
4. Recherche	
a. Méthodologie.....	21
b. Résultats	
i. Échantillon.....	23
ii. Caractéristiques démographiques.....	23
iii. Antécédents d'itinérance.....	24
iv. Situation personnelle, sanitaire et sociale passée et contemporaine	25
v. Grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux.....	26
vi. Logement.....	27
vii. Coûts et utilisation des services.....	30
5. Discussion.....	34
6. Recherche future.....	35
7. Références.....	37
8. Annexes	
Annexe A Aperçu du projet tiré du précis d'information.....	40
Annexe B Carte des intervenants.....	43
Annexe C Caractéristiques des participants.....	44
Annexe D Résultats du point de vue de l'échantillon global.....	49
Annexe E Glossaire.....	53
Annexe F Analyse économique.....	54

Le Canada compte 150 000 personnes itinérantes estiment certains, alors que d'autres évaluent ce nombre à 300 000².

Les personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale figurent parmi les personnes les plus vulnérables de la société. Beaucoup d'entre elles obtiennent des services d'hébergement, des services de santé, à l'hôpital ou aux urgences, et même des services judiciaires sans que cela n'améliore vraiment leur situation ni ne soit avantageux pour la société. Il en va tout autrement des services et du soutien offerts dans le cadre de l'approche Logement d'abord.

MESSAGES PRINCIPAUX

L'approche Logement d'abord ('Housing First') améliore les conditions de vie des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale.

Plus de 900 personnes qui étaient hébergées dans un refuge ou qui vivaient dans la rue, dont les besoins n'étaient pas comblés par le système actuel, bénéficient désormais d'un logement abordable qui leur convient. En août 2012, 86 % des participants habitaient encore leur premier ou second logement. Un an après la mise en œuvre du projet, les participants du groupe d'intervention Logement d'abord ont joui d'une stabilité de logement durant 73 % de la période, tandis que les personnes du groupe témoin, qui se voient offrir les services habituels, n'ont occupé un logement de façon stable que durant 30 % de la période. L'approche Logement d'abord rend possible l'amélioration de l'état de santé à long terme et de l'insertion sociale de ces personnes qui ont un passé de traumatismes et de mauvaise santé. Parce qu'ils ont un logement, plusieurs éprouvent un sentiment de sécurité et prennent des décisions mieux éclairées, notamment en ce qui concerne un emploi, qu'il soit à temps partiel ou à temps plein.

L'approche Logement d'abord fait un usage judicieux des fonds publics particulièrement en ce qui concerne les grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux.

Pour de nombreux participants, des conditions de vie stables amènent un changement de comportement qui se traduit par une diminution de l'utilisation des ressources onéreuses, tels les soins hospitaliers, les soins aux urgences et les services policiers. Au départ fréquente, abondante et parfois inappropriée, l'utilisation des ressources devient plus efficiente ou se porte vers d'autres alternatives comme les services dans la communauté, l'assistance téléphonique ou les visites à domicile. Si l'on considère les participants qui consommaient le plus de services avant l'étude, soit les grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux, ce nouveau schéma d'utilisation des services produit des économies de 9 390 \$ par personne par an pour les administrations publiques. Autrement dit, chaque dollar dépensé en approche Logement d'abord pour ces participants permet d'épargner 1,54 \$ grâce à la diminution de l'utilisation d'autres services d'hébergement, de services de santé et de services judiciaires. Ainsi, le degré d'utilisation des services peut devenir un critère de recrutement dans le but d'optimiser les économies.

Du point de vue de l'échantillon global, l'approche Logement d'abord a généré des économies de l'ordre de 54 %. En tenant compte de cela, un programme qui offre un logement et des services de soutien à un groupe représentatif de personnes itinérantes atteintes d'une maladie mentale nécessite un investissement additionnel de seulement 7 910 \$ par an. Autrement dit, chaque dollar dépensé sur l'approche Logement d'abord se traduit par une économie de 54 cents en raison de la réduction des autres services d'hébergement et de services de santé. Une fois les personnes logées et leurs besoins pris en compte, on peut produire des gains à long terme qui rendent l'investissement encore plus fructueux sur le plan fiscal. Les prochains rapports nous en diront plus sur les faits probants à propos des coûts et des avantages de l'approche. Tant les résultats économiques que les résultats sociaux devraient éclairer les orientations politiques en matière d'investissement dans ce domaine.

L'approche Logement d'abord peut être mise en œuvre à la grandeur du Canada.

Les ministères et les organismes en place peuvent mettre cette innovation en pratique efficacement et rapidement dans les régions et les provinces. Comme le modèle s'appuie sur des structures de prestation de services déjà implantées dans les systèmes municipaux et provinciaux, il n'est pas nécessaire de se doter d'une nouvelle infrastructure. Même si la mise en œuvre suppose une transformation majeure de la pratique et de la collaboration, nous savons désormais qu'il est possible d'adapter ce mode d'intervention aux particularités locales tout en respectant ses principes directeurs.

L'approche Logement d'abord s'inscrit dans le droit fil non seulement de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada dévoilée récemment, mais également de politiques et de programmes du gouvernement fédéral (*Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance*), et de certaines provinces, dont l'Alberta, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan et le Manitoba.

Grâce à ce projet d'envergure, des communautés du pays sont maintenant riches d'une expérience qui pourra être utile à d'autres au moment de la mise en œuvre. Nous savons désormais que les personnes itinérantes aux prises avec un trouble mental, le secteur privé (par le biais des propriétaires de logements) et des communautés sont disposées à exercer un rôle majeur pour changer les orientations politiques et les pratiques.

Une démarche interministérielle alliant les services de santé, les services de logement et les services sociaux, qui repose sur des partenariats avec les organismes à but non lucratif et le secteur privé, est essentielle pour résoudre le problème de l'itinérance chronique. Agir en ce sens améliorera de façon significative les communautés canadiennes.

L'application du modèle Logement d'abord requiert de se pencher sur la question des déterminants sociaux de la santé, à savoir le logement, le revenu, l'éducation et l'intégration sociale. La collaboration entre des secteurs gouvernementaux et des pourvoyeurs de services à l'échelle du programme et à l'échelle individuelle est nécessaire. Dans chacune des villes accueillant le projet, la mise en œuvre de ce programme novateur a nécessité l'établissement de relations et de modes de travail inédits jusqu'alors. En outre, le travail fait avec des propriétaires de logements du secteur privé a donné lieu à une solide collaboration publique-privée.

Implanter l'approche Logement d'abord comporte d'autres avantages pour la communauté en général, notamment en améliorant la cohésion sociale, en estompant les signes visibles de l'itinérance et en réduisant peut-être la criminalité. Ces bienfaits sont difficiles à mesurer, mais bel et bien réels. Les policiers, les services des urgences et les établissements de soins de courte durée peuvent se concentrer davantage sur d'autres personnes de la communauté. Par ailleurs, les citoyens peuvent être fiers de leur centre-ville et du traitement plus humain réservé aux personnes défavorisées et vulnérables.

RÉSUMÉ

Le présent rapport provisoire du projet Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, qui consiste essentiellement en l'essai pragmatique de l'approche Logement d'abord dans cinq villes canadiennes, examine plusieurs questions d'intérêt pour divers auditoires à la lumière des résultats au terme de la première année du projet :

- Qui sont les participants de l'étude et que nous révèlent leurs antécédents à propos de leurs besoins en services de santé et de soutien?
- Qu'est-ce que l'approche Logement d'abord et comment a-t-elle été mise en œuvre?
- Qu'en est-il de la stabilité du logement lors de la première année de l'étude?
- L'investissement continu dans l'approche Logement d'abord en tant qu'élément de solution novateur au problème de l'itinérance chronique est-il judicieux sur les plans social et économique?
- En quoi les données probantes issues de ce projet de recherche peuvent-elles éclairer la prise de décisions sur l'investissement dans ce domaine?

L'itinérance chronique constitue un problème de santé et social de taille. Présentement, au Canada, les refuges servent de solution au logement et les services des urgences et de soins de courte durée servent de services de santé. Cette façon de faire s'avère coûteuse et inefficace. Le modèle Logement d'abord, fondé sur des données probantes, qui a vu le jour à New York (*Pathways to Housing*) dans les années 1990 et s'est implanté à Toronto (*Streets to Homes*) en 2005, offre un logement indépendant et permanent et des services de santé et de soutien dans la communauté aux personnes itinérantes. Il représente une solution de rechange à l'option habituelle du refuge d'urgence ou du logement de transition en favorisant l'accès immédiat à un logement permanent. Pour la plupart, ce sont des logements locatifs du marché privé financés par l'intermédiaire d'un supplément au loyer accordé au locataire et du loyer versé par celui-ci, qui peut aller jusqu'à 30 % de son revenu. De nombreux programmes avant-gardistes au Canada ont adopté cette approche. Ils attendent avec impatience de connaître les données probantes issues du projet Chez Soi pour soutenir leur expansion.

Des études antérieures révèlent des données probantes prometteuses illustrant les bienfaits pour les usagers du modèle Logement d'abord. Bien des questions importantes demeurent néanmoins pertinentes en raison des limites méthodologiques de certains projets et du fait que les programmes ont été implantés dans un contexte américain. Compte tenu des différences entre les politiques sanitaires et sociales des États-Unis et du Canada, il est primordial que les données probantes sur le modèle Logement d'abord soient ancrées dans le contexte canadien.

En 2008, le gouvernement du Canada a consacré 110 millions de dollars à un projet de démonstration quinquennal dans le but de rassembler des données probantes sur les services et les systèmes les plus susceptibles de combler les besoins de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale grave. Le projet Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada met à l'épreuve une

intervention complexe dans le cadre d'un essai pragmatique sur le terrain mené dans cinq villes canadiennes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. Le projet de recherche expérimental rigoureux mené dans plusieurs sites nous en dira plus long sur ce qui fonctionne, à quel coût, pour qui et dans quels milieux. Il compare l'approche Logement d'abord aux modes d'intervention actuels dans les cinq villes. C'est la première étude à comporter une définition normalisée de cette approche et à prévoir des évaluations sur la fidélisation au programme afin de documenter la qualité de la mise en œuvre de l'approche dans les deux premières années. L'analyse des résultats sur les plans du rétablissement, de l'emploi et du fonctionnement social, l'ajout des utilisateurs aux prises avec une incapacité ou un trouble mental modéré à la définition de la population ciblée et l'inclusion de deux niveaux d'intensité aux services de soutien approfondira le corpus des données probantes.

De la formation, de l'assistance technique et des stratégies d'assurance de la qualité ont soutenu la mise en œuvre du projet Chez Soi dans les cinq villes. L'évaluation de la fidélisation révèle que la mise en œuvre du programme fut réussie pour la plus grande partie. L'exécution des nombreuses tâches relevant de la planification et de l'implantation du projet a exigé l'adoption d'une démarche participative faisant appel à des intervenants de plusieurs secteurs à l'échelon local comme à l'échelle du pays. L'étendue et le retentissement de cette participation sont vastes, les partenaires, intervenants et collaborateurs provenant de bien des secteurs.

Un modèle d'étude randomisée a été choisi pour ce projet afin de générer des données probantes d'une rigueur exemplaire à propos des effets de l'intervention. En juillet 2012, les entrevues périodiques prévues durant le suivi avaient eu lieu dans une proportion de 92 % dans le groupe Logement d'abord et dans une proportion de 84 % dans celui recevant les services habituels (groupe contrôle). Ce sont d'excellents résultats de suivi compte tenu qu'il s'agit d'une population éphémère. Les résultats présentés dans ce rapport proviennent de l'information transmise par les participants lors des entrevues qui ont eu lieu au début de l'étude ('baseline') puis à des intervalles de trois mois durant un an après leur entrée dans le projet ainsi que sur l'information provenant des équipes de logement. Les résultats à long terme (21 mois) seront publiés en 2013.

Pour la plupart, les participants proviennent de refuges ou de la rue, ils sont de sexe masculin et âgés de 41 ans en moyenne. Pour le reste, les caractéristiques démographiques sont très diverses. Les femmes (32%), les Autochtones (22%) et d'autres groupes ethniques (25%) comptent pour une bonne partie de l'échantillon. En général, la période d'itinérance s'étend sur près de cinq ans. Nombre d'indications laissent entrevoir que les participants affrontent beaucoup de problèmes qui ont contribué à leur situation défavorisée. Ainsi, 56 % des participants n'ont pas terminé leurs études secondaires et vivent dans une pauvreté absolue. Tous sont atteints d'au moins une maladie mentale grave, conformément au critère d'admissibilité à l'étude. En outre, plus de 90 % des participants sont également aux prises avec un problème de santé physique chronique. Leurs antécédents révèlent des problèmes vécus à un jeune âge qui, à terme, les ont entraînés vers l'itinérance, tandis que leur situation actuelle illustre la réalité de la vie dans la rue. Les difficultés qu'ils éprouvent à réintégrer la vie en société, des points de vue du logement et de l'emploi notamment, sont compréhensibles lorsque l'on tient compte de leurs nombreux problèmes de santé.

Les données administratives sur les 13 équipes cliniques récoltées par les équipes de logement (soutien d'intensité variable et suivi intensif dans le milieu) indiquent que 932 personnes occupaient un logement dans la communauté en juillet 2012. De ce nombre, 60 % résident encore dans leur premier logement alors que 27 % en sont à leur deuxième. Ce résultat, qui indique que près de 86 % des personnes occupent encore leur premier ou deuxième logement, confirme que l'attention portée aux choix des participants et le soutien des équipes de services ont favorisé des conditions de vie appropriées pour la majorité des participants. Après un an, les participants du groupe Logement d'abord ont rapporté avoir occupé un logement stable 73 % du temps, alors que les participants du groupe contrôle n'ont manifesté une telle stabilité que durant 30 % de la période. Durant la plus grande partie de cette période, ces derniers se sont logés dans une habitation temporaire ou dans un refuge, ou ont vécu dans la rue.

Afin d'examiner les effets économiques du modèle Logement d'abord, nous soupesons les économies découlant de la baisse d'utilisation d'autres services d'hébergement et de services d'autre nature par rapport à l'investissement consacré au modèle Logement d'abord pour l'ensemble du groupe ainsi qu'à celui des plus grands utilisateurs de services avant l'étude. Les coûts annuels moyens ayant trait aux refuges, aux services de santé et aux services judiciaires s'élevaient à 23 849 \$ pour le groupe contrôle (celui recevant les services habituels) et à 14 599 \$ pour le groupe Logement d'abord. Cet écart de 9 250 \$ compense en partie le coût annuel de l'intervention qui s'établit à 17 160 \$, d'où un investissement net moyen de 7 910 \$ par personne par an dans le cadre de l'intervention basée sur le modèle Logement d'abord. Autrement dit, chaque dollar dépensé au cours de cette intervention se traduit par des économies de 54 cents du fait de l'utilisation réduite d'autres services d'hébergement et de santé.

Le tableau est différent dans le groupe des grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux, à savoir la proportion de 10 % des participants consommant le plus de services sur la foi des coûts antérieurs. Le coût moyen par personne des services d'hébergement non reliés à l'étude, des services de santé et des services judiciaires revient à 56 431 \$ dans le groupe contrôle et à 30 216 \$ dans le groupe Logement d'abord. Non seulement la différence de 26 215 \$ couvre le coût annuel de l'intervention Logement d'abord, soit 16 825 \$, mais elle représente une économie nette de 9 390 \$ par personne par an. C'est-à-dire que chaque dollar dépensé au titre de l'intervention Logement d'abord pour ces participants s'accompagne d'une économie de 1,54 \$ découlant de l'utilisation réduite de services d'hébergement, de services de santé et de services judiciaires. Cette information sur les économies réalisées avec divers sous-groupes pourra servir à éclairer les décisions en matière d'investissement dans des programmes fondés sur l'approche Logement d'abord.

Il est particulièrement difficile de veiller à sa santé, d'être fidèle à un traitement ou d'améliorer sa situation quand on passe d'un refuge à un autre ou que l'on vit dans la rue. La possibilité de recourir à des services offerts dans la communauté plutôt qu'en établissement constitue l'un des avantages du logement stable pour la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale et physique chroniques. Cette façon de faire réduit les coûts, voire génère des économies, ce qui est à prendre en considération lorsque vient le temps de déterminer la portée de programmes et d'atténuer le risque d'escalade des coûts. Il importe tout autant de tenir compte des avantages à longue échéance de

l'intervention Logement d'abord dans la prise de décisions sur les investissements dans ce domaine. Ces avantages seront examinés dans le rapport final de l'étude qui paraîtra au terme de la période de suivi de 21 à 24 mois, soit en 2013.

INTRODUCTION

But

Le présent rapport provisoire du projet Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, qui consiste essentiellement en l'essai pragmatique de l'approche Logement d'abord dans cinq villes canadiennes, examine plusieurs questions d'intérêt pour divers auditoires à la lumière des résultats au terme de la première année du projet :

- Qui sont les participants de l'étude et que nous révèlent leurs antécédents à propos de leurs besoins en services de santé et de soutien?
- Qu'est-ce que l'approche Logement d'abord et comment a-t-elle été mise en œuvre?
- Qu'en est-il de la stabilité du logement au terme de la première année de l'étude?
- L'investissement continu dans l'approche Logement d'abord en tant qu'élément de solution novateur au problème de l'itinérance chronique est-il judicieux sur les plans social et économique?
- En quoi les données probantes issues de ce projet de recherche peuvent-elles éclairer la prise de décisions sur l'investissement dans ce domaine?

Enjeu stratégique

L'itinérance chronique est un problème de santé et social de taille. Les refuges sont remplis principalement par un groupe représentant 12 % à 13 % de la population itinérante, qui à lui seul les occupe pendant plus de la moitié du temps³⁶. La prévalence vie-entière de la maladie mentale et de la consommation de substances intoxicantes dans ce sous-groupe est supérieure à celle dans la population itinérante en général³⁷, qui s'établit respectivement à 67 % et à 68 %, et ces troubles entraînent une plus grande incapacité dans ce sous-groupe³⁸.

Présentement, au Canada, les refuges servent de solution au logement et les services des urgences et de soins de courte durée servent de services de santé. Cette façon de faire s'avère coûteuse et inefficace.

Le Canada ne dispose pas de chiffres exacts à propos de l'itinérance. Toutefois, un rapport du gouvernement estime à 150 000 le nombre de personnes itinérantes au pays, tandis que d'autres prétendent

Pour « J », son ancienne vie s'apparente à un « cercle vicieux », sans aucune forme de soutien.

Il buvait beaucoup, il avait un lourd dossier criminel. Dans son appartement, offert par le projet Chez Soi, il a cessé de boire, et voilà plus d'un an qu'il est sobre.

« Grâce au soutien, j'ai pu améliorer ma situation; il faut dire que les médicaments m'ont fait beaucoup de bien aussi », dit-il.
« Le travailleur du projet m'a conseillé pour ce qui est du budget; je peux épargner maintenant et acheter les meubles que j'avais en vue. Mon plus grand but à partir de maintenant est de tirer parti au mieux de la prochaine année et demie dans le projet. Je me suis inscrit à une école de menuiserie, deux sessions de 16 semaines. J'ai cette occasion de maintenir le cap dans la bonne direction. Je m'efforce de miser sur mes réussites au cours du projet.

qu'elles sont au nombre de 300 000². Le coût de l'itinérance au pays est évalué à 1,4 milliards de dollars par an⁴. Dans la conjoncture mondiale instable que nous connaissons, où les ménages Canadiens sont soumis à rude épreuve, il est fort probable que la situation s'aggrave.

La maladie mentale grave, la consommation de substances intoxicantes, les troubles d'adaptation et le comportement suicidaire sont plus fréquents dans la population itinérante que dans la population en général¹. De même, la mortalité est plus élevée dans la population itinérante que dans la population en général au pays et de nombreux décès inattendus sont dus à la maladie mentale et au suicide²⁸.

L'itinérance au Canada a plusieurs visages. Dans les refuges, une personne sur sept est un enfant; près du tiers des personnes itinérantes sont âgées de 16 à 24 ans; de plus en plus de personnes âgées figurent parmi la population itinérante; les Autochtones comptent pour un grand nombre des personnes itinérantes un peu partout au pays; le quart des nouveaux arrivants consacrent plus de 50 % de leur revenu au loyer²⁵.

Pour les personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale, bien des embûches entravent l'accès aux services de santé; c'est donc par l'entremise de la visite aux urgences ou de l'hospitalisation qu'ils obtiennent des soins et des services de santé²⁹. Une étude de la Colombie-Britannique révèle que les personnes itinérantes coûtent 33 % plus cher en services de santé, en services judiciaires et en services sociaux que les personnes disposant d'un logement⁵. Les systèmes de santé mentale en place sont pour beaucoup soit dépourvus des ressources nécessaires, soit incapables d'offrir la gamme de services et de formes de soutien qui combleraient les besoins de ces personnes, en particulier ceux des grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux³. La fragmentation des services et l'absence de choix compliquent la tâche de mobiliser ces utilisateurs aux besoins les plus complexes.

La recherche effectuée au Canada et ailleurs démontre que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave préfèrent vivre en autonomie dans la communauté et que la liberté de choisir parmi les options offertes est un indicateur prévisionnel majeur de la conservation du logement et de la fidélité au traitement^{6, 30, 31}.

Qu'est-ce que l'approche Logement d'abord?

L'approche Logement d'abord, fondée sur des données probantes, qui a vu le jour à New York (*Pathways to Housing*) et à Toronto (*Streets to Homes*) dans les années 1990, offre un accès immédiat à un logement indépendant et permanent à des personnes itinérantes en accordant un supplément au loyer et à des services de santé mentale et de soutien dans la communauté. Elle représente une solution de rechange à l'option habituelle du refuge d'urgence ou du logement de transition en favorisant l'accès immédiat à un logement permanent. Pour la plupart, ce sont des logements locatifs du marché privé. De nombreux programmes avant-gardistes au Canada ont adopté cette approche. Ils attendent avec impatience de connaître les données probantes sur cette approche pour soutenir leur expansion.

L'approche **Logement d'abord** fait son chemin ici et à l'étranger, quoique ses modalités et sa mise en œuvre varient souvent d'un lieu à un autre. Les programmes en vigueur dans quelques villes canadiennes et celui de l'Alberta produisent des effets bénéfiques. Ainsi, la Homeless Foundation de Calgary, qui a adopté cette approche, a logé 4 096 personnes en quatre ans, et les effets systémiques de l'initiative commencent à se manifester (www.calgaryhomeless.com)²⁷. Le phénomène de l'itinérance régresse pour la première fois depuis 1992, et le nombre de personnes itinérantes a diminué de 11,4 % de 2008 à 2012. L'on assiste également à une baisse de l'achalandage dans les refuges d'urgence; du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, les refuges financés par les services sociaux de Calgary ont vu leur taux d'occupation baisser de 5,4 %. Ces mêmes services sociaux et l'Armée du Salut ont fermé 189 lits dans des refuges ou maisons de transition. Notons cependant une légère hausse récente du taux d'occupation en raison de la migration croissante vers Calgary.

L'approche Logement d'abord suppose de faire les choses autrement. La première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (www.commissionsantementale.ca) recommande de faciliter l'accès au logement pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, plus précisément de répandre les programmes fondés sur le modèle Logement d'abord. L'investissement dans ce modèle s'inscrit dans le droit fil non seulement des buts de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance du gouvernement du Canada⁴⁷, qui souligne les avantages de l'approche Logement d'abord et l'importance du logement stable comme préalable à l'amélioration de la santé, de l'exercice du rôle parental, de l'éducation et de l'employabilité de la personne itinérante, mais également de la volonté d'innovation sociale du

PRINCIPES DU MODÈLE LOGEMENT D'ABORD²⁶

- **N'imposer aucune condition à l'obtention du logement** – La personne itinérante n'a pas à démontrer qu'elle est « prête à être logée » en consentant à subir un traitement ou en étant sobre. La location ne dépend pas de sa motivation à recevoir un traitement.
- **Offrir le choix** – Offrir au client le choix du logement (quartier, habitation collective, habitat dispersé). Dans le projet Chez Soi, le logement consiste en des unités d'habitation autonomes dispersées dans la communauté provenant du marché locatif privé principalement.
- **Offrir des services personnalisés** – Offrir une gamme de traitements et de services personnalisés, adaptés à la culture du client et transférables (en santé mentale, en toxicomanie, en santé physique, en emploi, en éducation) en laissant le libre choix au client.
- **Réduire au minimum les conséquences** – S'employer à réduire les risques et les préjudices liés à la consommation de substances intoxicantes (encourager l'abstinence sans l'exiger).
- **Favoriser l'intégration sociale et communautaire** – Offrir des possibilités de participer activement à la vie de la communauté.

ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences du Canada. Le modèle est également conforme à la vision de Santé Canada qui propose de soutenir la viabilité des services de santé qui produisent un rendement accru du capital investi et favorisent le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens en tenant compte de leur longévité, de leur mode de vie et de l'utilisation efficiente du système de santé public³⁹. Dans le cadre de sa stratégie en santé mentale, le Nouveau-Brunswick a déjà entrepris de répandre l'approche Logement d'abord en s'inspirant de l'expérience du projet Chez Soi à Moncton.

Effacité de l'approche Logement d'abord

Des études antérieures aux divers devis de recherche s'attardant aux personnes itinérantes atteintes d'une maladie mentale grave sont prometteuses à plusieurs égards.

- **Stabilité de logement accrue**^{6, 8, 12, 14 - 19, 33}.
- **Baisse de coûts comparativement aux modes d'intervention actuels** (dans les secteurs des services de santé et des services judiciaires). En effet, l'application de ce modèle se traduit en général par une diminution des coûts liés aux services de santé et aux services judiciaires. De nombreuses analyses économiques démontrent que les économies dans ces secteurs peuvent contrebalancer pour beaucoup le coût du programme Logement d'abord⁷⁻¹³. Les résultats de l'étude après emménagement dans le cadre du projet *Streets to Homes* à Toronto, menée auprès d'un échantillon *ad hoc* de 88 participants, indiquent eux aussi des économies dues à la baisse de l'utilisation des services des urgences une fois que les personnes disposent d'un logement. Cette étude estime que les quatre plus grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux ont coûté en moyenne 36 000 \$ en services de santé d'urgence et généraux au cours de leur dernière année d'itinérance⁷.
- **Diminution des visites aux urgences et des hospitalisations inutiles**^{7-9, 11, 13, 21 -23, 32}. Cette diminution de l'utilisation des services de santé d'urgence et des soins et des services hospitaliers s'accompagne d'une hausse de l'utilisation de services de santé externes qui correspondent mieux aux besoins des clients et contribuent à prévenir l'hospitalisation inutile ou longue. En outre, cela libère des ressources qui peuvent être affectées à meilleur escient.
- **Amélioration de la santé physique et de la santé mentale et atténuation des problèmes de toxicomanie**^{7, 10, 11, 13, 24}.
- **Réduction des démêlés avec la police et le système de justice criminelle de sorte que les services policiers peuvent se consacrer à l'exécution des fonctions qui leur sont dévolues**^{7, 8, 9, 11}.
- **Amélioration de la qualité de vie**^{7, 9-11}.

Les données probantes issues de ces études laissent entrevoir les effets bénéfiques du modèle Logement d'abord sur la clientèle. Bien des questions importantes demeurent néanmoins pertinentes en raison des limites méthodologiques de certains projets et du fait que les programmes ont été

implantés dans un contexte américain. Compte tenu des différences entre les politiques sanitaires et sociales des États-Unis et du Canada, il est primordial que les données probantes sur le modèle Logement d'abord soient ancrées dans le contexte canadien.

La rentabilité ou l'efficacité selon l'angle choisi revêt énormément d'importance pour tous les paliers de gouvernement dans la conjoncture difficile actuelle. Alors que la recherche se veut encourageante quant au potentiel de l'intervention sur le plan de l'efficacité, des experts, circonspects, jugent que les économies dont il est question sont surestimées⁴⁰. Certaines études (reposant exclusivement sur la comparaison de type avant-après ou dont l'échantillon, formé en fonction de critères éminemment sélectifs comprenant surtout de grands utilisateurs de services) donnent la fausse impression que, dans tous les cas, les économies découlant de la baisse d'utilisation d'autres services soient supérieures aux coûts du programme Logement d'abord. Cette constatation ne tient que si l'utilisation des services était considérable avant la participation au programme. Il serait sans doute plus réaliste de dire que le rendement du capital investi sera attrayant sur certains plans. Les économies qui viennent **contrebalancer** dans une certaine mesure l'investissement net consenti dans l'approche Logement d'abord et les gains à long terme sur les plans du logement et de la santé grâce à cet investissement sont des aspects importants à prendre en considération.

Projet Chez Soi

L'accord de financement entre Santé Canada et la Commission de la santé mentale du Canada conclu en 2008 prévoyait que le gouvernement du Canada consacrerait 110 millions de dollars à un projet de démonstration quinquennal dans le but de cerner les services et les systèmes les plus susceptibles de combler les besoins de personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale grave. Le projet Chez Soi met à l'épreuve un mode d'intervention complexe dans le cadre d'un essai pragmatique sur le terrain mené dans cinq villes canadiennes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. Ses activités et ses principes directeurs sont dictés par son but qui consiste à « mettre en œuvre des projets de recherche expérimentaux au Canada afin de produire des données probantes pertinentes sur les services et les interventions par les systèmes les mieux à même de favoriser l'amélioration de la santé et de l'insertion sociale des personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé mentale, données qui éclaireront l'élaboration des politiques et des programmes » (voir l'aperçu du projet à l'annexe A). La plus vaste de ce genre dans le monde, l'étude compte 2 255 participants, dont 1 265 assignés de façon aléatoire (randomisation) au volet de l'intervention Logement d'abord. Le projet loge plus de 1 000 personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale.

Le projet loge plus de 1 000 personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale.

« En fait, les participants ont la chance de bénéficier de l'appui de toute une équipe, ce qui n'est pas le cas des locataires habituels. »

Propriétaire de logement faisant affaire avec le projet Chez Soi

L'intervention reposant sur le modèle Logement d'abord consiste à offrir un toit subventionné par l'entremise d'un supplément au loyer **en échange d'une participation au loyer qui peut correspondre jusqu'à 30 % du revenu du participant**. Celui-ci se voit offrir également des services de soutien d'intensité diverse selon la nature de ses besoins : la formule du suivi intensif dans le milieu s'adresse aux personnes dont les besoins sont élevés, tandis que le suivi d'intensité variable est réservé aux personnes dont les besoins sont modérés. Pour plus de renseignements à ce sujet, veuillez consulter le glossaire à l'annexe E. Le principe de la liberté de choix accordée au client guide la prestation des services de logement et de soutien.

Le projet de recherche expérimental rigoureux mené dans plusieurs sites nous en dira plus long sur ce qui fonctionne, à quel coût, pour qui et dans quels milieux. C'est la première étude à comporter une définition normalisée de cette approche et à prévoir des évaluations sur la fidélisation au programme afin de documenter la mise en œuvre et le déroulement du projet. L'analyse des résultats sur les plans du rétablissement, de l'emploi et du fonctionnement social ainsi que l'ajout des utilisateurs aux prises avec une incapacité ou un trouble mental modéré à la définition de la population ciblée et l'inclusion de deux niveaux d'intensité aux services de soutien viendront approfondir le corpus des données probantes. Le projet compare l'approche Logement d'abord aux modes d'intervention actuels, à savoir les services habituels, dans les cinq villes.

L'équipe de suivi d'intensité variable offre des services de suivi aux personnes dont les besoins sont « modérés », plus précisément de l'information et la coordination avec d'autres programmes pour faciliter l'accès aux services nécessaires. Elle offre ce suivi à raison de 12 heures par jour et chaque membre prend en charge 15 ou 16 participants.

L'équipe de suivi intensif dans le milieu offre des services professionnels intensifs de diverse nature aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Elle offre une gamme de services de soutien directement à ces personnes résidant dans la communauté (services de rétablissement et de bien-être, soutien par des pairs, services de soutien intégrés en santé mentale et en toxicomanie, assistance en situation de crise, par exemple). Elle est disponible jour et nuit et chaque membre prend en charge 10 participants.

Une gamme de services et de formes de soutien, qu'il s'agisse de logement, de santé, de l'appareil judiciaire, d'assistance à l'emploi ou de soutien par des pairs, peuvent être offerts aux participants des deux groupes d'intervention. Les éléments essentiels de l'intervention Logement d'abord sont les mêmes dans les cinq villes, mais la nature des services habituels peut varier selon les particularités du système de services respectif des villes.

Le volet Logement d'abord propose à tout le moins le supplément au loyer et un logement au lieu choisi ainsi que la visite hebdomadaire de l'équipe de service. Selon les besoins et les décisions du participant, l'offre de services peut s'élargir pour devenir un « panier de services et de mesures de soutien » adaptés à sa situation. La prestation de ces services sera assurée par l'équipe de suivi d'intensité variable et l'équipe de suivi intensif dans le milieu ou par des ressources dans la communauté vers lesquelles le participant aura été dirigé.

Le groupe bénéficiant des services habituels peut obtenir les services de logement et de soutien déjà en place dans la communauté. Certaines villes offrent d'autres types de

programmes de logement avec services de soutien ainsi que des ressources en matière de traitement. Cependant, les options et les ressources peuvent être assez limitées dans d'autres villes ou quartiers.

Au terme de trois ans de mise en œuvre par les équipes de logement et de service dans les cinq villes du projet et d'un an de suivi de 2 149 participants, le présent rapport provisoire est en mesure de rendre compte des progrès accomplis et de présenter des faits probants qui éclaireront la prise de décisions à propos de la pertinence de continuer d'investir dans l'approche Logement d'abord. Les trois volumes sur les résultats préliminaires contiennent de l'information complémentaire provenant de diverses sources de connaissances. Ces rapports paraissent sur le site Web de la Commission (www.commissionsantementale.ca) ainsi que des rapports sur la conception et la mise en œuvre du projet. Le rapport final, qui renfermera les données sur le suivi après 21 à 24 mois et des analyses approfondies d'ordre économique, notamment, présentera un solide corpus de données probantes utiles dans la prise de décisions sur la diffusion du modèle et dans l'élaboration des politiques fédérales, provinciales et territoriales dans ce domaine. Sa parution est prévue à l'automne 2013.

Mise en œuvre

De la formation, de l'assistance technique et des stratégies d'assurance de la qualité ont soutenu la mise en œuvre du projet Chez Soi dans les cinq villes. La formation et l'assistance technique s'inscrivent dans le cadre d'une démarche multiphases pluriannuelle faisant intervenir des experts en la matière ayant participé aux projets *Pathways to Housing* à New York et *Streets to Homes* à Toronto. Le projet Chez Soi a tenu des séminaires de formation et d'assistance technique pour faciliter la mise en œuvre et veiller à la fidélité aux principes directeurs de l'approche. Outre les quatre activités de formation d'envergure canadienne, les équipes ont pu compter sur l'assistance technique sur place prodiguée par des formateurs, sur des conférences téléphoniques dirigées réunissant des groupes de praticiens (suivi intensif dans le milieu, suivi d'intensité variable, logement, soutien par des pairs) et sur des séminaires en ligne (webinaires) sur des sujets d'intérêt. L'assistance technique sur les lieux consiste en deux visites de formateurs dans chacune des villes chaque année dans les deux premières années.

L'évaluation de la fidélité au modèle révèle que la mise en œuvre du programme fut réussie pour la plus grande partie. Le projet a formé une équipe responsable de l'évaluation de la fidélité dans les cinq villes où le

Dans la diffusion de ses constatations, le projet Chez Soi a adopté une stratégie d'application des connaissances intégrée.

Il diffuse ses résultats par

- des présentations (à l'échelle locale, au pays et à l'étranger)
- des communications publiées dans des revues dotées d'un comité d'examen par des pairs
- des rapports de recherche dont 18 rapports de nature qualitative sur la conception, la planification et la mise en œuvre du projet
- *Visons juste*, projet distinctif de participants de Winnipeg qui ont pris des photographies pour illustrer leur passage de l'itinérance au logement dans le cadre du projet Chez Soi

Par ce projet, nous renforçons la capacité de recherche dans ce secteur; en outre, nous collaborons avec des programmes fondés sur l'approche Logement d'abord établis à Calgary et Edmonton et avons apporté notre concours à la mise sur pied du projet de recherche expérimental Un Chez-soi d'abord en France, qui s'inspire du projet Chez Soi.

Pour en savoir plus :

www.commissionsantementale.ca

projet se déroule; ces équipes conseillent également les équipes locales sur ce sujet. L'échelle utilisée aux fins d'évaluation de la fidélité s'inspire de la toute nouvelle échelle d'évaluation de la fidélité au modèle (Housing First Fidelity Scale)³⁵. Conformément à la documentation sur la mise en œuvre efficace, la visite d'évaluation de la fidélité s'effectue avant tout dans un esprit de collaboration. La visite terminée, l'équipe d'évaluation fait part aussitôt des observations tirées des entrevues et mesures de la journée. Par la suite, elle fait parvenir aux équipes locales un rapport résumant la notation et recommandant des mesures visant à améliorer la mise en œuvre. Les résultats de la première série de visites d'évaluation figurent dans le rapport sur la mise en œuvre du projet et dans le deuxième volume sur les résultats préliminaires qui paraissent sur le site Web de la Commission (www.commissionsantementale.ca).

Participation de décideurs et d'autres intervenants

L'exécution des nombreuses tâches relevant de la planification et de l'implantation du projet a exigé l'adoption d'une démarche participative faisant appel à des intervenants de plusieurs secteurs à l'échelon local comme à l'échelle du pays³⁴. L'étendue et le retentissement de cette participation sont vastes, les partenaires, intervenants et collaborateurs provenant de bien des secteurs : la santé, la santé mentale, le logement, la justice, les organismes philanthropiques, l'administration publique fédérale, provinciale ou municipale, les organismes non gouvernementaux, les consommateurs, les familles, les établissements de recherche et le marché locatif privé (voir l'annexe B). Mentionnons en particulier les quelque 260 propriétaires de logements et firmes de gestion immobilière qui participent au projet, les 29 partenaires qui accueillent les équipes de logement, de soutien et de recherche et les 83 intervenants clés qui offrent un appui inestimable au projet en tant que membres de groupes consultatifs à l'échelle locale ou du pays proposant des services de renvoi, de soutien et d'assistance à la recherche.

Participation de personnes ayant un vécu de la maladie mentale et de l'itinérance

Dans un projet de cette nature, la participation de personnes qui savent pour l'avoir vécu ce que sont l'itinérance et la maladie mentale s'avère incontournable. Ces personnes ayant des antécédents de trouble mental et d'itinérance peuvent nous éclairer à bien des égards dans la mise en œuvre du projet par leurs conseils et leurs points de vue. Le projet Chez Soi est très fier de pouvoir compter sur elles au sein de l'équipe qui chapeaute le projet et dans les cinq villes où il se déroule. Les fonctions qu'exercent ces 103 pairs sont celles de pair aidant dans les équipes de suivi intensif dans le milieu et de suivi d'intensité variable, de pair chercheur, de pair animateur ou de conseiller à l'échelon local ou du pays. Leur participation a influé sur la mise en œuvre du projet, sur la formulation des questions de recherche et sur le choix des stratégies d'échange des connaissances et de communication.

Au cours de la première année du projet Chez Soi, les personnes du volet Logement d'abord ont connu une plus grande stabilité de logement que les personnes ayant reçu les services habituels.

L'approche Logement d'abord se traduit par une baisse de certains coûts dans l'ensemble du système. Ainsi, ne serait-ce que du point de vue de l'hospitalisation, l'intervention permet au système d'épargner 2 184 \$ par an en moyenne par bénéficiaire; si l'on considère exclusivement les grands utilisateurs de services, l'économie est encore plus importante.

PROJET CHEZ SOI – RECHERCHE

Les résultats ci-dessous illustrent le bien-fondé de l'investissement continu dans l'approche Logement d'abord :

- Les personnes auparavant hébergées dans un refuge ou vivant dans la rue sont logées dans un endroit sûr et abordable qui leur convient.
- Des conditions de vie stable influent sur l'utilisation des services, elles se traduisent notamment par une baisse de l'utilisation de services inappropriés et onéreux – grâce au projet Chez Soi, le système peut épargner **9 390 \$ en moyenne** par grand utilisateur de services de santé et de services sociaux.
- Le Canada peut mettre en œuvre l'approche Logement d'abord à la grandeur de son territoire; d'ailleurs, il a commencé à le faire.
- Les retombées du projet sont évidentes dans bien des secteurs : la santé, les services sociaux, le système de justice criminelle, par exemple.

Méthodologie

Justification du choix de la méthode

Un modèle d'étude randomisée a été choisi pour ce projet afin de générer des données probantes d'une rigueur exemplaire à propos des effets de l'intervention (les critères d'admissibilité et le plan d'étude figurent à l'annexe E). L'étude reposant exclusivement sur la comparaison de type avant-après ne peut départager les effets du changement qui survient naturellement de ceux attribuables à l'intervention comme telle. L'étude qui compare des groupes sans recourir à la randomisation est incapable de déterminer si les différences observées sont dues aux différentes caractéristiques des groupes à l'étude ou à l'intervention. Même si le présent rapport s'appuie sur des données quantitatives, il y a lieu de prendre en considération également les constatations qualitatives riches d'enseignements à propos de l'intervention. Nous avons opté pour une méthode mixte combinant la collecte de données quantitatives et la collecte de données qualitatives afin de documenter plusieurs aspects du projet, dont sa mise en œuvre et l'expérience des participants du groupe de l'intervention^{34,42}. Le projet de recherche prévoit un suivi de 21 à 24 mois nécessaire pour surveiller l'évolution de la situation des participants et déceler des changements plus longs à survenir.

Sources des données

Les résultats présentés ici se fondent sur la compilation de l'information sur le logement et l'utilisation des services durant la première année du projet de recherche, établie d'après le compte rendu des

participants et les données administratives du programmeⁱ. Les participants nous ont communiqué ces renseignements lors d'entrevues, une première au début du projet, les autres à trois mois d'intervalle. Ils devaient alors remplir des questionnaires détaillés sur le logement et les séjours en établissement (Residential Time-line Follow-back Scale⁴⁵). L'entrevue initiale a porté en outre sur les antécédents d'itinérance et a comporté un volet diagnostique structuré⁴⁴; les entrevues des 6^e et 12^e mois ont eu pour but notamment d'évaluer l'utilisation des services de santé, des services sociaux et des services judiciaires. Le protocole de l'étude précise les domaines généraux couverts à l'entrevue et la nature des questionnaires⁴³.

En juillet dernier, les entrevues périodiques prévues durant le suivi avaient eu lieu dans une proportion de 92 % dans le groupe Logement d'abord et dans une proportion de 84 % dans celui recevant les services habituels. Ce sont d'excellents résultats de suivi compte tenu qu'il s'agit d'une population éphémère. Ces taux d'attrition relativement bas renforcent le caractère applicable des résultats et leur solidité.

Techniques analytiques

Pour les besoins du projet de recherche, la définition du grand utilisateur de services est établie en fonction de l'utilisation de services dans la période de trois mois (séjours d'une nuit) à six mois (services dans la communauté) précédant l'admission à l'étude. Pour calculer le coût global annuel des services utilisés avant l'arrivée dans le projet de recherche, nous avons déterminé le prix unitaire des services utilisés selon le compte rendu du participant. Nous avons convenu que la proportion de 10 % des plus grands utilisateurs de services de l'échantillon global formerait le groupe des grands utilisateurs de services. Nous comparons ce groupe et l'échantillon global par la simple description de leurs caractéristiques. C'est par la modélisation de la variation de l'utilisation en 12 mois que nous cernons les différences entre le groupe de l'intervention Logement d'abord et celui obtenant les services habituels qui ont des répercussions sur les coûts, soit par leur ampleur, soit en raison du coût unitaire du service.

Résultats escomptés

Nous savions que des effets de l'intervention Logement d'abord se feraient sentir dans l'immédiat, tandis que d'autres ne se produiraient que durant le suivi et que certains tarderaient même jusqu'à la fin de l'étude. Avant d'analyser les constatations, nous avons établi des prévisions quant aux changements susceptibles de survenir assez rapidement après avoir examiné des études antérieures, l'information sur la mise en œuvre et la logique du programme. Nous avons également sondé 19 intervenants clés pour ainsi déterminer les six paramètres à propos desquels une variation se produirait fort probablement la première année. Ce sont le nombre de jours de présence au logement,

ⁱ Dans le rapport final, les données administratives feront office de complément d'information au compte rendu du participant aux entrevues de suivi des 15^e, 18^e et 21^e mois.

la stabilité de logement, le nombre de visites à un service des urgences, l'hospitalisation, le nombre de visites d'un organisme de service et le nombre de nuits en détention. Nous avons estimé que le changement d'état de santé, de fonctionnement social ou de qualité de vie ne serait visible probablement que la deuxième année de l'étude.

« Nous devons produire des données probantes pertinentes pour le système de santé canadien en ce qui concerne ce groupe de la population dont les besoins sont difficiles à combler. »

Marion Wright, présidente-directrice générale, bureau d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale, à propos du projet Chez Soi (Source : *Ottawa Citizen*, 11 mars 2011, [traduction])⁴⁶

Résultats

Échantillon

L'échantillon dont il est question sur les plans de l'utilisation des services et des coûts englobe le groupe obtenant les services habituels et les personnes participant aux programmes de suivi intensif dans le milieu et de suivi d'intensité variable dans les cinq villes accueillant le projet (N=2 149). Il ne comprend pas le « troisième groupe » du volet de l'habitat collectif à Vancouver (n=107) où le programme diffère des autres sous maints aspects; ainsi, l'équipe de suivi intensif dans le milieu offre des services à la résidence et les participants n'ont pas eu le choix du lieu d'habitation. C'est d'ailleurs l'équipe de recherche de Vancouver qui fera état des résultats de la comparaison entre l'habitat collectif et l'habitat dispersé. L'annexe E renferme la définition de suivi intensif dans le milieu, de suivi d'intensité variable et de services habituels.

Caractéristiques démographiques des participants

La population à l'étude est d'âge moyen en général, mais une personne sur trois est âgée de moins de 34 ans. Comme l'échantillon compte des personnes relativement jeunes, l'intervention, pour autant qu'elle soit efficace dans ce groupe d'âge, produira peut-être des gains à long terme en matière d'années de vie productive. Seule une personne sur dix a plus de 55 ans. (Si l'on considère la population itinérante, les professionnels de la santé jugent que 55 ans marque le début du vieil âge à cause des répercussions physiques dévastatrices de la vie dans la rue.)

Pour la plupart, les participants sont des hommes au début de la quarantaine. Bien que la population itinérante soit à prédominance masculine, nous avons pour objectif de recruter des femmes à raison de 20 % de l'échantillon afin d'étudier ce sous-groupe sur qui nous en savons peu. Au final, les femmes représentent 32 % de l'échantillon.

Le tableau 1 de l'annexe C énumère les caractéristiques démographiques de l'échantillon global et des deux groupes d'intervention : le Logement d'abord et les services habituels.

Le tableau 2 de l'annexe C renferme les antécédents d'itinérance de l'échantillon global et des deux groupes d'intervention : le Logement d'abord et les services habituels.

Le tableau 3 de l'annexe C présente les antécédents et la situation actuelle sur les plans personnel, de la santé et social de l'échantillon global et des deux groupes d'intervention, le Logement d'abord et les services habituels, et précise les facteurs de risque et les traumatismes subis par ce groupe aux prises avec de multiples problèmes, figurant parmi les plus vulnérables de la population et dont les besoins ne sont pas comblés.

Pour 81 % de l'échantillon, tous sites confondus, le Canada est le pays natal. Toutefois, la composition ethnoculturelle et autochtone de l'échantillon varie intentionnellement d'une ville à une autre, de sorte qu'elle ne correspond pas forcément à la composition de la population itinérante au Canada.

- Au départ, on prévoyait recruter à Winnipeg 70 % de personnes d'origine autochtone (Premières nations, Métis et Inuits), et ainsi en est-il.
- À Toronto, l'échantillon compte 46 % de participants nés à l'étranger, résultat du recrutement sélectif à dessein. La présence de ces participants offre l'occasion d'en savoir davantage sur l'adaptation des pratiques exemplaires dans diverses communautés.

Dans une proportion de 96 %, les participants sont célibataires, séparés, divorcés ou veufs. Un petit nombre est marié (environ 4 %) ou forme une union libre. De nombreux participants ont des enfants, 32 % ayant un enfant à tout le moins, mais rares sont les enfants qui vivent avec le parent participant au projet.

Nombre d'indications laissent entrevoir que les participants affrontent beaucoup de problèmes qui ont contribué à leur situation défavorisée. Ainsi, 56 % des participants n'ont pas terminé leurs études secondaires et vivent dans une pauvreté absolue. Le revenu moyen au cours du mois précédant l'admission à l'étude est inférieur à 685 \$. Bien que 93 % des participants étaient au chômage au début de l'étude, plus de 65 % ont occupé un emploi stable par le passé, ce qui permet de penser que le retour sur le marché du travail est fort possible une fois la question du logement réglée.

Les anciens combattants, ayant participé à des opérations en temps de guerre pour le compte du Canada ou d'un pays allié, forment 4 % de l'échantillon.

Antécédents d'itinérance

La plupart des participants fréquentaient des refuges ou vivaient dans la rue; 82 % étaient littéralement sans abri, tandis que 18 % vivaient dans des conditions précaires après avoir connu les refuges ou la rue au cours de l'année précédant l'étude (l'annexe E définit les conditions précaires et la situation du sans abri). La durée de l'itinérance varie d'un cas à un autre. Un participant sur cinq est devenu itinérant dans

les deux dernières années. La plus longue période d'itinérance s'étire sur 30 mois et la période d'itinérance totale dans la vie des participants s'étend sur près de cinq ans en général. La plupart sont devenus itinérants vers l'âge de 30 ans, mais plus de 40 % ont connu leur premier épisode avant 25 ans.

Situation personnelle, sanitaire et sociale passée et contemporaine

Tous sont atteints d'au moins une maladie mentale grave, conformément au critère d'admissibilité à l'étude. Selon les symptômes mentionnés par les participants au début de l'étude, les troubles mentaux vont comme suit : dépression majeure (52 %), manie (13 %), état de stress post-traumatique (29 %), trouble panique (24 %), psychose (35 %), trouble de l'humeur avec traits psychotiques (16 %), alcoolisme (35 %) et pharmacodépendance (46 %). Bon nombre de participants sont aux prises avec plus d'une maladie mentale. Les besoins de 62 % des participants sont qualifiés de modérés, alors que ceux de 38 % du groupe sont complexes et multiples (la définition de ces catégories de besoins paraît au tableau 3 de l'annexe C). Cette classification détermine la forme de prise en charge appropriée, soit le suivi d'intensité variable pour les premiers et le suivi intensif dans le milieu pour les seconds. Les caractéristiques de ces deux types de suivi figurent à l'annexe E.

Leurs antécédents révèlent des problèmes vécus à un jeune âge qui, à terme, les ont entraînés vers l'itinérance, tandis que leur situation actuelle illustre la réalité de la vie dans la rue. Les difficultés qu'ils éprouvent à réintégrer la vie en société, des points de vue du logement et de l'emploi notamment, sont compréhensibles lorsque l'on tient compte de leurs nombreux problèmes de santé. Ainsi, 64 % des participants ont été victimes de violence psychologique et 55 % de sévices pendant leur enfance. Ils sont 38 % à dire que, « souvent ou très souvent », ils n'avaient pas de quoi manger, que leurs vêtements étaient sales et que leur sécurité était en péril. Beaucoup ont connu la violence familiale (36 %), ont habité en compagnie d'une personne toxicomane (57 %) ou sont issus d'une famille dont l'un des membres était emprisonné (30 %)ⁱⁱ.

Près de 40 % des participants présentent un trouble d'apprentissage et 51 % ont des antécédents de traumatisme crânien ayant provoqué une perte de conscience.

Plus de 90 % sont également aux prises avec un problème de santé physique chronique. Les problèmes les plus courants, touchant du tiers à la moitié des participants, sont les problèmes dentaires, les problèmes de dos, les problèmes de pied, la migraine, l'arthrite ou les problèmes articulaires. Plus de 40 % sont atteints d'une maladie respiratoire chronique grave (asthme ou bronchite chronique). Un participant sur cinq a l'hépatite B ou C. Un certain nombre (7 % à 10 %) ont une maladie grave, soit le VIH ou le sida, l'épilepsie, la maladie de Crohn ou une forme de colite, le diabète ou une maladie cardiaque, et le cancer pour 2,5 % des participants.

Les participants ayant été hospitalisés à deux reprises ou plus pour cause de maladie mentale au cours d'une même année dans les cinq ans précédant l'étude sont en proportion de 36 %, tandis que 7 % des

ⁱⁱCes chiffres tirés des données collectées jusqu'en août 2012 s'appliquent à un sous-groupe de 1 418 participants.

participants ont été hospitalisés à au moins une reprise pendant plus de six mois pour le même motif dans cette période.

L'itinérance accroît les risques de diverse nature. À titre d'exemple, citons les 35 % de participants qui ont eu des démêlés avec l'appareil judiciaire dans les six mois précédant l'étude, qu'il s'agisse d'arrestation, d'incarcération ou de mise en probation. *(Nous savons d'autres études que les infractions mineures commises par des personnes vivant dans un espace public représentent une bonne proportion de ces démêlés.)* Quant à la nature des rapports avec l'appareil judiciaire, 21 % des participants ont été détenus ou déplacés par la police, 23 % ont été retenus au poste de police durant moins de 24 heures, 26 % ont été arrêtés, 29 % ont comparu en cour et 10 % ont participé à un programme d'administration de la justice dans cette période de six mois.

Le projet à Winnipeg s'est penché sur la question de savoir si des participants avaient bénéficié de services d'aide sociale à l'enfance; c'est le cas de 49 % des participants qui ont été placés dans une famille d'accueil jusqu'à l'âge de 18 ans.

La victimisation est le lot de beaucoup dans les six mois précédant l'étude : 32% ont été victimes de vol ou de menaces de vol, 42 % ont été menacés d'agression et 36 % en ont subi une. Le degré de fonctionnement social moyen des participants, évalué dans les domaines des activités de la vie quotidienne, de la gestion des finances personnelles, de l'adaptation et de l'efficacité sociale, correspond à 60,2 sur l'échelle d'évaluation utilisée; la note inférieure à 63 indique une incapacité allant de modérée à grande. Les participants sont dépourvus du moindre soutien social – près de la moitié n'ont personne à qui se confier. La détresse générale est grande comme en témoignent les 36 % de participants manifestant des symptômes révélateurs d'un risque de suicide moyen à grand. *(Il convient de souligner que le projet se conforme à la pratique de renvoi vers une ressource lorsqu'un participant présente un risque suicidaire.)*

Grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux

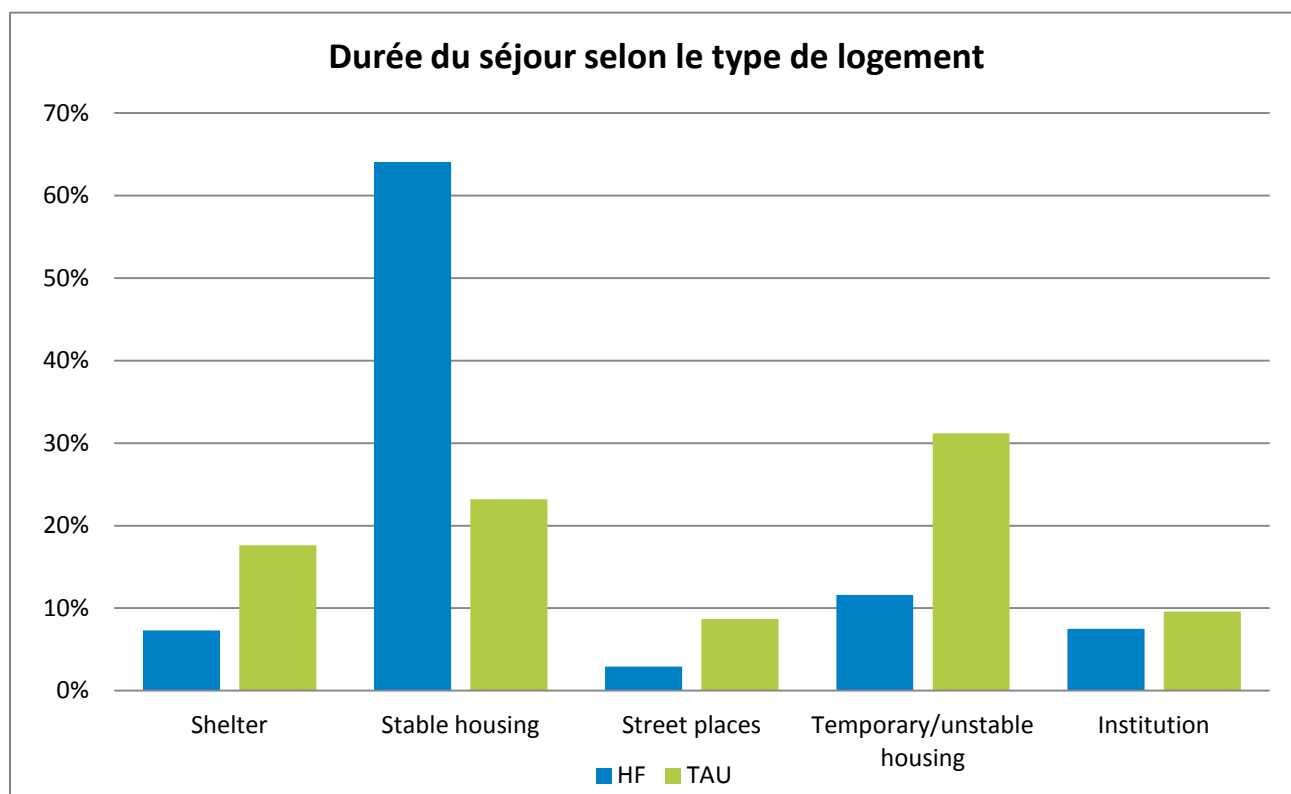
Comme l'illustre l'annexe C, le groupe des grands utilisateurs de services est semblable au reste de l'échantillon en ce qui a trait à la plupart des caractéristiques démographiques et des antécédents. Le groupe de 10 % de participants qui consomment le plus grand nombre de services onéreux se distingue du reste des participants par ses besoins multiples et complexes (61 % contre 31,2 %) et le fait qu'il compte un bon nombre de personnes présentant une psychose (48 % contre 33,8 %). Les participants de ce groupe sont plus nombreux à être complètement dépourvus d'un toit plutôt qu'à être logés dans des conditions précaires à l'admission à l'étude que dans le reste de l'échantillon, mais leurs antécédents révèlent que l'itinérance dure depuis moins longtemps et qu'elle se caractérise par l'intermittence plutôt que par la chronicité par rapport au reste de l'échantillon. Pour 29 % des participants de ce groupe, il s'agit du premier épisode d'itinérance et la durée de l'itinérance dans leur vie est plus brève de huit mois que celle des autres 90 %. Toute proportion gardée, il y a peu d'Autochtones dans le groupe des grands utilisateurs. Des indications donnent à penser que ce groupe est moins touché par les traumatismes crâniens et la victimisation. Par contre, ils sont plus nombreux à avoir connu la détention et à subir des effets indésirables de médicaments dans les six mois précédant l'étude. Somme toute, ils se démarquent surtout des autres par leur utilisation des services.

Logement

Les données administratives sur les 13 équipes cliniques récoltées par les équipes de logement indiquent que 932 personnes occupaient un logement dans la communauté en juillet 2012. De ce nombre, 58 % résident encore dans leur premier logement alors que 28 % en sont à leur deuxième et que 14 % ont déménagé de trois à cinq reprises. Ce résultat, qui indique que près de 86 % des personnes occupent encore leur premier ou deuxième logement en août 2012, confirme que l'attention portée aux choix des participants et le soutien des équipes de services ont favorisé des conditions de vie appropriées pour la majorité des participants. Il n'y a rien de surprenant à ce que certains participants du groupe Logement d'abord déménagent : le logement ne leur convient pas, n'est pas acceptable, ils éprouvent de la difficulté à s'adapter au point de renoncer au logement durant un temps, puis ils tentent le coup de nouveau avec l'appui de leur équipe, forts d'une première expérience.

Les données colligées lors des entrevues avec les participants (échantillon total, N=2 149) permettent de comparer les deux groupes, celui du logement d'abord et celui des bénéficiaires de services habituels, sous l'angle de la durée de leur séjour à divers endroits dans les 12 premiers mois de l'étude (figure 1).

Figure 1



HF = Groupe Logement d'abord (LA)

TAU = Groupe des services habituels (SH)

Shelter = Refuge

Stable housing = Habitation stable

Street places = La rue

Temporary/unstable housing = Habitation temporaire, occupation instable

Institution = Établissement

Au cours de la première année, les participants du groupe Logement d'abord ont occupé un logement stable 64 % du temps, alors que les participants du groupe contrôle n'ont manifesté une telle stabilité que durant 23 % de la période. Durant la plus grande partie de cette période, ces derniers se sont logés dans une habitation temporaire ou dans un refuge ou ont vécu dans la rue.

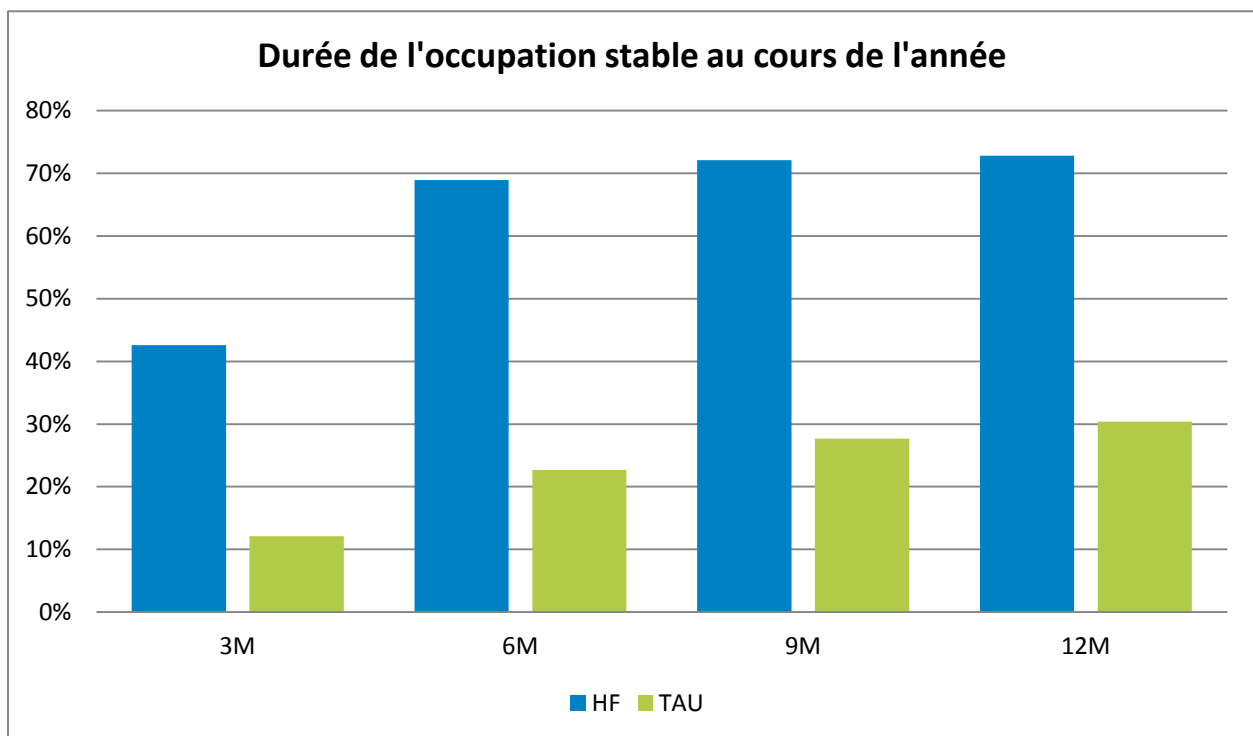
Voici en quoi consistent les cinq types de logement dont il est question dans le graphique :

- Le refuge englobe le centre d'hébergement d'urgence, la salle des urgences d'un hôpital, le centre de crise, le centre de désintoxication.
- L'habitation stable comprend l'appartement ou la maison du participant, l'appartement ou la maison d'un parent, le foyer de groupe (séjours de longue durée).
- La rue désigne un espace public intérieur ouvert tard le soir ou toute la nuit, l'autobus ou le métro, un immeuble abandonné, une voiture, la rue ou un autre lieu extérieur.

- L'habitation temporaire ou l'occupation instable recouvre la rue, la chambre d'hôtel ou de motel, la chambre individuelle, la chambre individuelle de quelqu'un d'autre, le foyer ou la pension, le séjour temporaire à l'appartement ou à la maison d'un parent ou d'un membre de la famille.
- L'établissement s'entend de la résidence, du centre d'hébergement et de soins de longue durée, du centre de traitement des dépendances à l'alcool et aux drogues, de l'établissement de soins psychiatriques, de la prison, du logement de transition, de l'hôpital général, de l'hôpital psychiatrique.

La figure 2 ci-après révèle que, dans certains cas, ce n'est qu'après quelques mois que les participants du volet Logement d'abord s'installent dans un logement de façon stable. Au terme des trois premiers mois, les participants avaient occupé un logement stable durant 42 % de la période seulement, tandis que cette période s'allongeait à 73 % au bout d'un an. Par ailleurs, des participants de l'autre groupe, celui recevant les services habituels, occupent également un logement de façon stable, et la stabilité de logement s'améliore avec le temps, mais la période de stabilité ne dépasse pas le tiers de la période totale au bout d'un an.

Figure 2



HF = Groupe Logement d'abord (LA)
 TAU = Groupe des services habituels (SH)
 M = mois

Coûts et utilisation des services

Le tableau 1 brosse le portrait financier général de la première année en tenant compte de l'utilisation d'autres services de santé, de services judiciaires et de services sociaux et du coût annuel de l'intervention Logement d'abord. Il compare les groupes des services habituels et du volet Logement d'abord du point de vue de l'échantillon total et de celui des grands utilisateurs de services, à savoir la proportion de 10 % des participants consommant le plus de services sur la foi des coûts antérieurs (l'annexe F précise les modalités du calcul des coûts). Le coût moyen des services et de l'hébergement durant un an dans le groupe des services habituels et dans le groupe Logement d'abord s'établit respectivement à 23 849 \$ et à 14 599 \$. L'écart de 9 250 \$ vient compenser dans une certaine mesure le coût annuel de l'intervention qui s'élève à 17 160 \$. Donc, le coût net de l'intervention Logement d'abord est de 7 910 \$ par personne par an. Le tableau est différent dans le groupe des grands usagers. Le coût moyen par personne des services non reliés à l'étude revient à 56 431 \$ dans le groupe témoin et à 30 216 \$ dans le groupe Logement d'abord. Non seulement la différence de 26 215 \$ couvre le coût annuel de l'intervention Logement d'abord, soit 16 825 \$, mais elle représente une économie nette de 9 390 \$ par personne par an.

L'intervention Logement d'abord permet d'épargner **2 184 \$** en moyenne par personne au chapitre des jours d'hospitalisation. Dans le groupe des grands utilisateurs de services, les économies à ce titre grimpent à **25 899 \$**.

Tableau 1

	Coûts annualisés : échantillon total			Coûts annualisés : grands utilisateurs de services		
	Témoin	Intervention	Écart	Témoin	Intervention	Écart
Coût annuel estimatif : services non reliés à l'étude	23 849 \$	14 599 \$	(9 250 \$)	56 431 \$	30 216 \$	(26 215 \$)
Coût annuel estimatif : intervention		17 160 \$	17 160 \$		16 825 \$	16 825 \$
Total	23 849 \$	31 759 \$	7 910 \$	56 431 \$	47 041 \$	(9 390 \$)

Pour bien comprendre à quoi tiennent ces écarts de coût, examinons la nature des services en question

et la variation de l'utilisation des services au fil du temps. L'annexe D présente des graphiques qui illustrent la comparaison entre le groupe de l'intervention Logement d'abord et le groupe témoin sous divers angles du point de vue de l'échantillon global et, dans certains cas pertinents, de celui du groupe des grands utilisateurs de services. Si l'on axe la comparaison sur l'utilisation des services et le logement, les différences entre les deux groupes ressortent. Les graphiques les illustrent d'ailleurs dans toute leur ampleur au fil du temps. Lorsque l'on attribue un prix unitaire à l'écart observé au terme de 12 mois, l'on obtient le coût annualisé qui y correspond (voir l'annexe F).

Dans les deux groupes, le séjour dans les refuges ou les maisons de transition (hébergement temporaire assorti d'un soutien gouvernemental) raccourcit au cours de l'année. Le groupe du Logement d'abord occupant un logement de façon stable à un rythme plus accentué que l'autre groupe, la baisse de l'utilisation de ces services d'hébergement est plus rapide et les économies, qui se chiffrent à 2 976 \$ par personne par an à ce chapitre, s'accumulent plus rapidement également. Dans le groupe des grands utilisateurs de services, le nombre de jours d'hébergement dans des refuges au moment de l'entrevue initiale est déjà de 50 % moindre que celui de l'échantillon global; par conséquent, l'écart entre le groupe de l'intervention Logement d'abord et le groupe témoin est réduit à 563 \$ par personne par an.

Il est particulièrement difficile de veiller à sa santé, d'être fidèle à un traitement ou d'améliorer sa situation quand on passe d'un refuge à un autre ou que l'on vit dans la rue. La possibilité de recourir à des services offerts dans la communauté plutôt qu'en établissement constitue l'un des avantages du logement stable pour la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale et physique chroniques. Les soins hospitaliers étant onéreux, la moindre réduction d'utilisation de ces services se traduit par des économies notables; la baisse d'utilisation de ces services est la plus spectaculaire dans le groupe des grands utilisateurs de services. Il importe d'insister sur le fait que l'hospitalisation est indiquée dans certains cas et que le résultat souhaité est d'en diminuer la fréquence quand d'autres services tout aussi appropriés et efficaces sont offerts. En outre, il est possible d'abrèger le séjour hospitalier quand la personne a un domicile fixe.

La diminution du nombre de jours d'hospitalisation (réduction de l'utilisation des services hospitaliers) constitue la plus grande source d'économie dans l'échantillon total et dans le groupe des grands utilisateurs de services; la diminution est de plus grande ampleur dans le groupe des grands utilisateurs où les économies projetés sur un an s'élèvent à 25 899 \$ par personne, alors qu'elles se chiffrent à 2 184 \$ par personne dans l'échantillon en entier. Le raccourcissement du séjour en centre de désintoxication est une autre source d'économie, plus précisément de 822 \$ par personne par an dans le groupe des grands utilisateurs de services et de 345 \$ par personne par an dans le groupe en entier. Dans le groupe du volet Logement d'abord, le nombre de jours de désintoxication était déjà beaucoup moindre que dans les autres groupes au début de l'étude et ce n'est que dans ce groupe qu'il a diminué. Bien que la diminution de l'hospitalisation pour le motif d'une désintoxication représente une économie pour le système, elle n'amène pas forcément une amélioration de l'état de santé à long terme. Pour cela, il faut que le toxicomane puisse obtenir des services de désintoxication et de réadaptation sous une autre forme.

Au vu des démêlés judiciaires des participants avant l'étude, il est à prévoir que le logement stable et le soutien dans la communauté auront eu un effet sur l'utilisation de ces services. Au terme de la première année du projet, nous notons que les groupes de l'intervention et des services habituels se distinguent quant à l'utilisation de deux types de services. La détention dans une cellule au poste de police est moins fréquente dans le groupe du volet Logement d'abord, ce qui occasionne des économies annuelles de 210 \$ pour les grands utilisateurs de services et de 125 \$ dans l'échantillon global. La tendance qui se dessine laisse entrevoir que l'écart se creusera durant la deuxième année. Dans les 12 premiers mois, le nombre de nuits en prison diminue à peine dans le groupe en entier, ce qui réduit les coûts annuels de 13 \$ seulement; dans le groupe des grands utilisateurs de services qui séjournent plus souvent en prison, les coûts annuels augmentent de 254 \$. Il est probable que les condamnations et les peines subséquentes imposées avant l'admission à l'étude y soient pour quelque chose et qu'il nous faille attendre encore avant de savoir s'il y aura des économies à ce chapitre. Comme c'est le cas pour tous les services et les coûts, il y a sans doute des différences entre les villes où se déroulent le projet quant à la nature des services judiciaires utilisés et au taux d'utilisation; plus nous en saurons à propos des contextes particuliers, mieux nous pourrions expliquer les écarts et les fluctuations.

Étant donné que le volet Logement d'abord englobe des services de la communauté, notamment des visites à domicile et des communications téléphoniques fréquentes, l'on s'attend à ce que l'utilisation d'autres services de ce type diminue. Dans les 12 premiers mois, les visites aux consultations externes en santé mentale et aux urgences ont effectivement diminué dans le groupe de l'intervention par rapport au groupe bénéficiant des services habituels. La baisse de l'utilisation de ces services se traduit par des économies respectives de 253 \$ (urgences) et 97 \$ (consultations externes) par an dans l'échantillon total et de 142 \$ et de 101 \$ pour ce qui est des grands utilisateurs de services. Enfin, la réduction du nombre de jours en centre de désintoxication produit des économies annualisées de 603 \$ dans le groupe des grands utilisateurs et de 251 \$ dans tout le groupe.

En dernier lieu, les visites des pourvoyeurs de services sont beaucoup plus nombreuses dans les deux groupes du volet Logement d'abord que dans le groupe témoin, selon les dires des participants. L'utilisation de ce service à raison de 34 visites par an en moyenne par le groupe Logement d'abord vient confirmer la mise en application dans les règles du modèle qui comporte l'offre de soutien de la communauté en plus de l'offre de logement. Le volet des services habituels prévoit 11 visites par an en moyenne, que l'on doit prendre en considération dans la planification financière. Nous ne connaissons pas encore les budgets des programmes pour ces services usuels. Pour le moment, nous en estimons les coûts d'après l'information provenant des volets Logement d'abord. Pour déterminer le coût des visites dans le groupe témoin, le coût de l'intervention est calculé selon les dépenses fiscales réelles au titre des équipes de service en 2011-2012. Nous avons ainsi calculé le coût de la visite de l'équipe de suivi d'intensité variable dans chacune des villes, que nous avons multiplié par le nombre de visites. (Cette méthode d'estimation des coûts des services habituels sous-estime probablement les coûts réels puisqu'elle suppose qu'aucun des groupes témoins ne bénéficie des services, plus coûteux, d'une équipe de suivi intensif dans le milieu.)

Une fois effectués les ajustements nécessaires pour tenir compte de la composition des deux groupes dans chacune des villes, le coût de l'intervention Logement d'abord revient à 17 160 \$ pour l'échantillon global et à 16 825 \$ pour le groupe des grands utilisateurs de services. Ce coût comprend le supplément au loyer ainsi que les coûts des équipes de logement et de soutien. Les coûts annuels des services de suivi d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu correspondent à ceux des équipes de même nature financées par le gouvernement dans les villes en question. En tenant compte de toutes les dépenses réelles, nous nous trouvons à surestimer les coûts relatifs aux nombreux autres services pour lesquels l'information fiscale est incomplète. Lorsque, dans le rapport final, nous aurons procédé à l'analyse économique approfondie de tous les services utilisés et aux ajustements nécessaires pour pallier les différences dans les sources de données, il se peut que nous en arrivions à des baisses de coût et à des économies plus importantes encore.

DISCUSSION

Les constatations issues de la première année du projet peuvent d'ores et déjà éclairer la prise de décisions à propos de l'investissement futur dans l'approche Logement d'abord. Plus particulièrement, les données probantes démontrant que l'intervention débouche sur des réductions de coût et des économies par rapport aux coûts des services auparavant pourront orienter la détermination des paramètres du recrutement et des critères d'admissibilité. Si l'on souhaite, par exemple, obtenir un maximum d'économies, l'on concevra le programme à l'intention exclusivement du groupe des 10 % plus grands utilisateurs de services sur la foi de leurs antécédents. Mais ce faisant, nombre de personnes dont les besoins ne sont pas comblés et qui n'ont toujours pas accès aux services qui pourraient améliorer leur état de santé à long terme en seront exclues. En ce qui les concerne, il s'agit de soupeser les avantages d'investir dans les services appropriés dès maintenant et le risque d'avoir à affronter une escalade des coûts éventuellement en raison de l'utilisation inappropriée des services. Les résultats de notre étude indiquent que la stratégie de recrutement axée sur les 36 % de la population qui consomment le plus de services avant l'intervention est celle qui n'occasionnera pas de coûts supplémentaires, c'est-à-dire que les économies engrangées par le système seront à terme équivalentes à l'investissement. Il est possible d'élaborer divers scénarios de composition de la clientèle du programme à l'aide de nos données sur les coûts moyen et marginal par participant portés sur un graphique. Bien entendu, la question du budget doit être examinée en fonction des résultats et du rendement du capital investi. D'où l'importance de prendre en considération les données probantes illustrant l'amélioration de la situation des participants des programmes Logement d'abord sur les plans du logement, de la santé et de l'insertion sociale, qui émergeront tout au long de ce projet.

L'une des questions soulevées à l'occasion est celle de savoir si les économies générées par l'approche Logement d'abord, qui demeure une intervention de prévention tertiaire, se transformeront un jour ou l'autre en fonds tangibles que l'on pourra réellement utiliser. Ces groupes de la population aux multiples besoins insatisfaits vont croissant et continueront de recourir aux refuges, aux soins et services de santé d'urgence ou hospitaliers, il devient alors pratiquement impensable d'envisager de fermer des lits et d'affecter les ressources libérées à d'autres fins. Dans les petites localités où la capacité de loger selon cette approche est au point de masse critique, il sera peut-être possible de fermer des refuges et de réduire le nombre de lits. Dans les grands centres urbains, il est sans doute plus raisonnable de s'attendre à une réduction des coûts plutôt qu'à des économies comme telles. La baisse de l'utilisation de ressources par la population itinérante peut contribuer à soulager la demande d'hébergement dans les refuges et de services de santé dans une mesure où les administrations publiques n'auront pas à construire et à financer d'autres refuges. Il ne sera pas nécessaire d'accroître tant que cela les services pour répondre aux besoins du nombre grandissant de personnes qui ont besoin d'aide, et l'accès aux ressources en place sera facilité pour ceux qui en ont besoin. Les ressources qui ne sont plus utilisées par la personne itinérante qui dispose d'un logement seront offertes à d'autres. Ces effets bénéfiques que constituent le ralentissement de la croissance d'une population démunie et l'amélioration de l'accès aux services peuvent être transposés dans d'autres systèmes de services d'urgence ou de courte durée, qu'il s'agisse des services aux urgences, des services et soins hospitaliers ou du centre d'hébergement.

« En tant que membres de la société, nous devons nous mobiliser si nous souhaitons que les choses changent. Nous ne pouvons pas rester les bras croisés et reprocher sans cesse au gouvernement de ne pas faire son travail. »

David Methot, propriétaire d'Amarisia Organic Garden, qui a offert un emploi et de la formation en cours d'emploi à six participants du projet Chez Soi à Moncton à l'été 2011⁴¹.

RECHERCHE FUTURE

Ce rapport provisoire offre une vue d'ensemble d'un projet multifacette qui produira encore beaucoup de données probantes dans les prochains mois. En outre, les six prochains mois verront la rédaction de communications scientifiques sur les résultats des modèles de prestation de services de suivi d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu au terme de la première année. Les équipes de projet réparties dans les cinq villes rendront compte des caractéristiques particulières et des résultats du programme dans leur ville respective. D'autres articles et rapports viendront apporter des éléments de réponse à des questions importantes. Par exemple, la fidélité aux principes directeurs de l'approche lors de la mise en œuvre influe-t-elle sur les résultats? L'offre de logement abordable (possibilités de location limitées, par exemple) a-t-elle des répercussions sur la mise en œuvre de l'approche Logement d'abord? Dans quelle mesure les besoins de certains groupes de la population (enfants, adolescents et jeunes adultes, Autochtones, nouveaux arrivants, minorités ethnoraciales, femmes, toxicomanes) sont-ils comblés dans le cadre de l'approche Logement d'abord? Qui sont les participants pour qui ce modèle de programme ne fonctionne pas si bien? Y a-t-il des formules associant divers types de services ou des formules de services d'intensité diverse qui seront plus fructueuses que d'autres selon toute probabilité?

La Commission entend faire du site Web du Centre d'échange des connaissances le principal mécanisme de diffusion des rapports et des articles sur ce sujet. Nous avons également entrepris de mettre en commun les pratiques exemplaires et l'information avec des groupes et organismes qui se penchent sur la question de l'itinérance et de la santé mentale afin notamment de former un réseau ou une tribune de praticiens d'envergure pancanadienne dans le domaine du logement et du soutien au logement avec le gouvernement fédéral, par exemple.

Le rapport final, qui sera soumis à Santé Canada probablement à l'automne 2013, renfermera des données probantes qui éclaireront les vastes changements de politique et la prise de décisions quant à l'expansion de l'approche au Canada. Il présentera les données quantitatives et qualitatives sur l'ensemble des paramètres à l'étude dans les cinq villes au terme de la période de suivi allant de 21 à 24 mois. L'analyse coût-efficacité approfondie s'appuiera sur les constatations issues des données

administratives. Nous pourrions alors formuler des recommandations d'ordre politique et pratique sur une vaste gamme de questions ayant trait à l'efficacité de l'approche Logement d'abord dans différents groupes de la population itinérante et dans divers contextes. À la lumière de cette information, le gouvernement pourra optimiser ses investissements dans la résolution du problème de l'itinérance chronique.

« ... la liberté de réfléchir à ce que je veux faire de ma vie, dans la prochaine année peut-être, comme retourner à l'école ou autre chose... C'est ça : le logement me donne... la liberté de me prendre en main, de rebâtir ma vie. »

Opinion d'un participant du projet Chez Soi sur les effets du logement à ses yeux.
Citation tirée de l'analyse qualitative⁴⁵

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance* (Ottawa : ICIS, 2007). Paraît à http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/factors+influencing+health/environmental/cphi_publications.
2. Echenberg H, Jensen H. *L'itinérance au Canada : Définitions et recensements*. Publications de recherche de la bibliothèque du Parlement, publications courantes : affaires sociales et communautaires, document PRB 08-30-F. Paraît à <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0830-f.htm>.
3. Stergiopoulos V, Dewa C, Durbin J, Chau N, Svoboda T. Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. *J Health Care Poor Underserved*. Aug 2010;21(3):1031-1045.
4. Groupe IBI, 2003. Cité par l'Institut pour la prévention de la criminalité. *Les sans-abris, la victimisation et la criminalité : des connaissances utiles et des recommandations réalisables*. 2008. Université d'Ottawa. Paraît à <http://www.socialsciences.uottawa.ca/ipc/pdf/IPC-Homelessness%20report.pdf>.
5. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Homelessness Causes and Effects – Volume 3 The costs of Homelessness in British Columbia*. Paraît à <http://www.housing.gov.bc.ca/housing/docs/Vol3.pdf>.
6. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. Apr 2004;94(4):651-656.
7. Ville de Toronto. *What Housing First Means for People: Results of Streets to Homes 2007 Post-Occupancy Research*. Toronto : Shelter, Support and Housing Administration; 2007.
8. Culhane DP, Metraux S, Hadley T. Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing. *Housing Policy Debates*. 2002;13(1):107-163. http://repository.upenn.edu/spp_papers/65.
9. Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, 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*. Jun 2010;67(6):645-652.
10. Mares AS, Rosenheck RA. Twelve-month client outcomes and service use in a multisite project for chronically homeless adults. *J Behav Health Serv Res*. Apr 2010;37(2):167-183.
11. Perlman J, Parvensky J. *Denver Housing First Collaborative: Cost Benefit Analysis and Program Outcomes Report*. Denver: Colorado Coalition for the Homeless; 2006.
12. Rosenheck R, KasproW, Frisman L, Liu-Mares W. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. Sep 2003;60(9):940-951.
13. Larimer ME, Malone DK, Garner MD 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*. Apr 1 2009;301(13):1349-1357.
14. Mares AS, Rosenheck R. *HUD/HHS/VA Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness: National Performance Outcomes Assessment Preliminary Client Outcomes Report*. West Haven, CT: Northeast Program Evaluation Centre; 2007.
15. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatric services*. Jan 2003;54(1):67-71.
16. O'Connell MJ, KasproW, Rosenheck RA. Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans. *Psychiatric services*. Mar 2008;59(3):268-275.
17. Pearson C, Locke G, Montgomery A, Buron L. *The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness*. Washington, DC: US Department of Housing and Urban Development; 2007.

18. Shern DL, Felton CJ, Hough RL et coll. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney program. *Psychiatric services*. Feb 1997;48(2):239-241.
19. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*. Apr 2000;51(4):487-493.
20. Tsemberis SJ, Moran L, Shinn M, Asmussen SM, Shern DL. Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *Am J Community Psychol*. Dec 2003;32(3-4):305-317.
21. National Alliance to End Homelessness. Chronic Homelessness 2007; http://www.endhomelessness.org/section/issues/chronic_homelessness.
22. Lewis D, Lurigio AJ. *The State Mental Patient and Urban Life: Moving in and Out of the Institution*. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1994.
23. NREPP SAMHSA National Registry of Evidence Based Programs. Pathway's Housing First Program. 2007. http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=195. Accessed June 28, 2010.
24. Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol*. Dec 2005;36(3-4):223-238.
25. Laird, G. SHELTER Homelessness in a growth economy: Canada's 21st century paradox A Report for the Sheldon Chumir Foundation for Ethics in Leadership. 2007. <http://www.chumirethicsfoundation.ca/files/pdf/SHELTER.pdf>
26. Gaetz, S. Housing -Housing First. Homelessness Hub 2012, <http://www.homelesshub.ca/Topics/Housing-First-209.aspx>.
27. Calgary Homeless Foundation. Calgary Homeless Foundation Annual Report 2012.
28. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b4036.
29. Institut canadien d'information sur la santé. Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les groupes marginalisés (archives). 2002; <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/4335.html>; consulté en juillet 2011.
30. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Jul 2002;37(7):301-315.
31. Piat M, Lesage A, Boyer R et coll. Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences. *Psychiatr Serv*. Sep 2008;59(9):1011-1017.
32. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. 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):171-186.
33. Acting Deputy City Manager and Chief Financial Officer. Cost Savings Analysis of the Enhanced Streets to Homes Program. Toronto 2009.
34. Macnaughton E, Nelson G, Goering P (sous presse). Exploring the Value of Mixed Methods Within the At Home/Chez Soi Housing First Project: A Strategy to Evaluate the Implementation of a Complex Population Health Intervention for People With Mental Illness Who Have Been Homeless. *Revue canadienne de santé publique*.
35. Tsemberis, S. 2010 Housing First the Pathways Model to end homelessness for people with mental illness and addiction. Hazeldon: Minnesota.

36. Aubry T, Farrell S, Hwang S et Calhoun M. (2010) Defining a typology of homelessness based on shelter utilization patterns in three Ontario cities. Table ronde, Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing and Health. S'adresser à l'auteur, École de psychologie, Université d'Ottawa.
37. Goering P, Tomiczenko G, Sheldon T, Boydell K et Wasylenki D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53(11), 1472–1474.
38. Kuhn R et Culhane DP. (1998). Applying Cluster Analysis to Test a Typology of Homelessness by Pattern of Shelter Utilization: Results from the Analysis of Administrative Data. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 26, No. 2, 1998.
39. Santé Canada (2004). Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Paraît à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.
40. Culhane DP. (2008). The cost of homelessness: A perspective from the United States. From the Selected Works of Dennis P. Culhane, University of Pennsylvania.
41. Manchette de CBC News New Brunswick, "Mental Health Project Helps People Get Jobs", 11 octobre 2011. Paraît à <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/story/2011/10/11/nb-pilot-project-mental-illness.html>.
42. Polvere & Mcnaughton Lauren Polvere; Eric Macnaughton; Myra Piat. Participant Perspectives on Housing First & Recovery: Early Findings from the At Home/Chez Soi Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (sous presse).
43. Goering P, Streiner D, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, Hwang S, Komaroff J, Latimer E, Somers J, Zabkiewicz D. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*. Paraît à <http://bmjopen.bmj.com/cgi/content/full/bmjopen-2011-000323>.
44. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. (1997) Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12:232-241.
45. Tsemberis S, McHugo G, Williams V, Hanrahan P et Stefanic A. (2007) Measuring homelessness and residential stability: The residential Time-Line Follow-Back Scale. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 29-42.
46. Manchette du *Ottawa Citizen*, 11 mars 2011 « What another Study? »
47. http://www.rhdcc.gc.ca/fra/sans_abri/index.shtml

Annexe A – Aperçu du projet reprenant les grandes lignes du précis d’information

Principes directeurs

Les principes que voici sous-tendent la planification et la mise en œuvre du projet :

- Veiller à ce que des personnes ayant un vécu d’itinérance et de maladie mentale soient au cœur de la planification et de l’offre de tous les services et participent à la formulation des questions de recherche et au choix des méthodes adoptées par le projet de recherche expérimental dans les divers sites.
- S’efforcer d’améliorer la qualité de vie des participants à long terme et de leur faciliter la transition au terme du projet.
- Former un corpus des connaissances provenant des sites du projet de recherche expérimental afin de déterminer les interventions efficaces dans la population itinérante atteinte d’une maladie mentale.
- Tirer parti des initiatives mises sur pied par les villes et les provinces et d’autres projets fondés sur des pratiques exemplaires afin d’optimiser les résultats et les retombées de l’étude.
- Effectuer la recherche dans un esprit d’éthique et dans le respect des normes et des pratiques généralement reconnues.
- Intégrer un volet d’échange des connaissances conformément au mandat de la Commission.
- Créer des partenariats avec les administrations publiques fédérale, provinciales et municipales, des organismes à but non lucratif et le secteur privé afin d’obtenir un maximum de fonds et d’éviter le chevauchement des tâches.
- Établir des mécanismes de collaboration avec les communautés autochtones afin que l’approche soit adaptée à leurs particularités culturelles.
- Travailler main dans la main avec les communautés pour favoriser leur adhésion et faire en sorte que les résultats soient durables.
- Réduire au minimum la compartimentation des services en améliorant l’intégration systémique.
- Élaborer un plan destiné à promouvoir la durabilité en collaboration avec les partenaires.

Intention et objectifs du projet

Intention

Mettre en œuvre un projet de recherche expérimental dans des villes canadiennes qui produira des données probantes sur les services et les interventions systémiques les plus susceptibles d’améliorer la santé et l’insertion sociale des personnes itinérantes aux prises avec un trouble mental afin d’éclairer l’élaboration des politiques et des programmes.

Objectifs à brève échéance (mars 2009)

- Renforcer la capacité de gestion de projets pour favoriser le déroulement du projet dans tous les sites.

- Approuver la proposition de recherche et le plan de travail des cinq villes choisies pour mettre en œuvre le projet de recherche expérimental.
- Élaborer les plans d'application des connaissances et de communication.
- Désigner l'organisme de service et l'établissement universitaire qui dirigeront le consortium dans chacune des villes.
- Conclure une entente avec un fournisseur de services de gestion de données qui effectuera la collecte des données dans la province et procèdera aux analyses.
- Préciser en bonne et due forme les modalités de travail entre les chercheurs, les pourvoyeurs de services et les autres partenaires pour favoriser une mise en œuvre sans heurts.
- Désigner les membres du comité consultatif de chacun des sites du projet.
- Établir le protocole et le calendrier d'exécution du recrutement des participants et de la collecte des données.
- Mettre la dernière main à la formulation des questions de recherche et au choix des méthodes dans chacun des sites.
- Mettre en place un mécanisme d'inclusion de personnes ayant un vécu d'itinérance et de maladie mentale dans tous les aspects de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet.
- Approuver les budgets et verser la première tranche des fonds à chacun des sites.
- Voir avec les Instituts de recherche en santé du Canada les possibilités de financement additionnel dans le cadre de projets de recherche apparentés.
- Établir un plan de levier financier à hauteur minimale de 20 % du financement.
- Susciter la participation des administrations provinciales et municipales à l'examen des possibilités d'assurer la viabilité du programme.

Objectifs à moyen terme (avril 2009 à mars 2010)

- Recruter le nombre de participants souhaité à chacun des sites du projet.
- Obtenir un logement locatif pour les participants.
- Former des équipes de suivi intensif dans le milieu et mettre sur pied des programmes de suivi d'intensité variable.
- Rechercher des services de soutien d'intensité appropriée pour satisfaire les besoins élevés ou faibles des participants.
- Colliger les données initiales sur les principaux paramètres à l'étude dans chacun des sites.
- Relever les caractéristiques démographiques et cliniques des participants au projet de recherche.
- Consigner le contenu des entrevues avec les participants, lesquelles constituent une source de données qualitatives.
- Rendre compte périodiquement de l'état d'avancement de la mise en œuvre du projet.

Objectifs à long terme (avril 2010 à mars 2013)

- Cerner des stratégies efficaces dans l'intégration du soutien au logement, des mesures de soutien, d'autres services et des « préalables » à la réussite afin de promouvoir la stabilité de logement, l'amélioration de la santé et du bien-être et la qualité de vie à long terme des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale.
- Contribuer à l'enrichissement des pratiques exemplaires et diffuser les enseignements tirés du projet susceptibles d'éclairer l'élaboration des politiques et des plans d'action dans le domaine de la santé mentale et de l'itinérance au Canada.

- Cerner les problèmes particuliers selon le groupe ethnoculturel d'appartenance des personnes itinérantes et apporter des éléments de solution à ces problèmes.
- Pour que le projet laisse son empreinte, faciliter l'amélioration du système de soutien qui atténue la fragmentation des services en rehaussant leur intégration dans les systèmes par la technologie de l'information, notamment.
- Renforcer la capacité d'offre et d'évaluation de services pour que la communauté poursuive sur sa lancée à la fin du projet.
- Déterminer des stratégies d'offre de services destinées aux jeunes itinérants aux prises avec un problème de santé mentale.

Annexe B – Carte des intervenants



Légende

- - Équipes principales : Ce sont les groupes de la prestation des services et de la recherche à l'œuvre dans le cadre du projet, soit les pourvoyeurs de services de logement et de services de soutien et les chercheurs; ils rassemblent 17 organismes de logement ou de services, 40 chercheurs principaux et 12 établissements de recherche ainsi que des intervenants provenant de *Pathways to Housing* et *Streets to Homes* qui agissent à titre d'experts-conseils.
- - Intervenants : Personnes ou groupes qui ont soutenu le projet de diverse façon : renvoi vers des ressources, services de soutien, observations et conseils au sein des comités consultatifs.
- - Partenaires des administrations publiques fédérale, provinciales et municipales.
- - Collaborateurs : Agences et organismes au mandat semblable qui s'intéressent à la question du logement et de l'itinérance.
- - Auditoires clés dont le public et les médias.

Annexe C – Caractéristiques des participants

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques*

	Échantillon N = 2 149	Grands utilisateurs de services (10 %) N = 177	Reste de l'échantillon (90 %) N = 1 972
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Âge			
34 ans ou moins	705 (32,8)	61 (34,5)	644 (32,7)
35-54 ans	1 232 (57,3)	101 (57)	1 131 (57,4)
55 ans ou plus	212 (9,9)	15 (8,5)	197 (10)
Genre			
masculin	1 441 (67,1)	112 (63,3)	1 329 (67,4)
féminin	687 (32,0)	62 (35)	625 (31,7)
autre	20 (0,9)	3 (1,7)	17 (0,9)
Pays natal			
Canada	1 744(81,2)	141 (79,7)	1 603 (81,3)
autre	405 (18,8)	36 (20,3)	369 (18,7)
Origine ethnique[^]			
autochtone	465 (21,6)	22 (12,4)	442 (22,4)
autre groupe ethnoculturel	532 (24,8)	47 (26,6)	485 (24,6)
État matrimonial			
célibataire, jamais marié	1 513 (70,4)	132 (74,6)	1 381 (70)
marié ou conjoint de fait	82 (3,8)	3 (1,7)	79 (4)
autre	554 (25,8)	42 (23,7)	512 (26)
Parentalité			
ont un enfant ou plus	660 (30,7)	48 (27,1)	612 (31,0)
Éducation			
Pas diplôme d'études secondaires	1 188 (55,3)	83 (46,9)	1 105 (56)
Diplôme d'études secondaires	403 (18,8)	41 (23,2)	362 (18,4)
Diplôme d'études postsecondaires	549 (25,5)	52 (29,4)	497 (25,2)
Service militaire (Canada ou pays allié)	94 (4,4)	10 (5,6)	84 (4,3)
Revenu mensuel antérieur inférieur à 300 \$	557 (25,9)	50 (28,6)	507 (25,9)
Antécédents d'emploi (travail continué durant au moins 1 an par le passé)	1 416 (65,9)	116 (65,5)	1 300 (65,9)
Au chômage présentement	1 998 (93)	167 (94,4)	1 831 (92,8)

- *L'information provient des participants à moins d'indication contraire.
- ^De nombreux chiffres ne correspondent pas aux proportions réelles dans la population itinérante en général en raison du suréchantillonnage intentionnel dans certains groupes à certains sites.

Tableau 2 – Historique d’itinérance*

	Échantillon N = 2 149	Grands utilisateurs de services (10 %) N = 177	Reste de l'échantillon (90 %) N = 1 972
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Degré d’itinérance à l’admission totalement sans abri** logement précaire	1 751 (81,5) 397 (18,5)	158 (89,3) 19 (10,7)	1 593 (80,8) 378 (19,2)
Premier épisode d’itinérance année précédant l’étude 2008 ou avant	485 (22,6) 1 664 (77,4)	51 (28,8) 126 (71,2)	434 (22) 1 538 (78)
	Moyenne (écart)	Moyenne (écart)	Moyenne (écart)
Plus long épisode d’itinérance en mois (limites inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	31,3 (0-384)	28,2 (1-384)	31,6 (0-360)
Durée totale de l’itinérance en mois (limites inférieure et supérieure arrondies à un mois de plus)	58,1 (0-720)	50,3 (1-384)	58,8 (0-720)
Âge au premier épisode d’itinérance	30,8 (0-69)	31,7 (8-64)	30,7 (0-69)
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Groupe d’âge au premier épisode d’itinérance			
< 25 ans	873 (41)	67 (38,5)	806 (41,3)
25-34 ans	478 (22,5)	43 (24,7)	435 (22,3)
35-44 ans	448 (21,1)	36 (20,7)	412 (21,1)
45-54 ans	255 (12)	22 (12,6)	233 (11,9)
55 ans ou plus (N = 2 127)	73 (3,4)	6 (3,4)	67 (3,4)

*L’information provient des participants à moins d’indication contraire.

**Pour connaître la définition de « totalement sans abri » et de « logement précaire », veuillez consulter l’article qui paraît à <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> (en anglais).

Tableau 3- Historique personnel, sanitaire et social hier et aujourd'hui*

	Échantillon N = 2 149	Grands utilisateurs de services (10 %) N=177	Reste de l'échantillon (90 %) N = 1 972
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Étendue des besoins[#] (déterminée à la sélection)			
grands besoins	822 (38,3)	108 (61)	714 (36,2)
besoins modérés	1 327 (61,7)	69 (39)	1 258 (63,8)
Enfance et jeunesse (dans un sous-groupe de 517 participants)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)
violence psychologique exercée par un parent ou un adulte	833 (63,6)	66 (58,9)	767 (64,1)
sérvices infligés par un parent ou un adulte	725 (55,2)	57 (55,2)	668 (55,7)
sérvices sexuels infligés par un adulte	452 (38,2)	37 (33,9)	452 (38,6)
négligence psychologique	699 (54,4)	62 (54,3)	637 (55,4)
négligence physique (manque de nourriture, de vêtements)	496 (38,1)	41 (38,2)	455 (36,6)
divorce ou séparation des parents	694 (53,7)	63 (57,8)	631 (53,3)
toxicomanie dans la famille	749 (57,4)	63 (57,8)	686 (57,4)
violence familiale	460 (36,1)	34 (31,2)	426 (36,5)
détention ou emprisonnement d'un membre de la famille	379 (29,5)	37 (33,6)	342 (29,1)
maladie mentale ou tentative de suicide dans la famille	577 (46,0)	47 (44,3)	530 (46,2)
Trouble cognitif	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
ont bénéficié d'aide à l'apprentissage à l'école	854 (39,7)	59 (33,3)	795 (40,3)
présentent un trouble d'apprentissage	822 (38,3)	63 (35,6)	759 (38,5)
Diagnostic à l'admission			
dépression	1 119 (52,1)	55 (31,1)	1 064 (54)
manie	272 (12,7)	19 (10,7)	253 (12,8)
état de stress post-traumatique	629 (29,3)	35 (19,8)	594 (30,1)
trouble panique	504 (23,5)	27 (15,3)	477 (24,2)
trouble de l'humeur avec traits psychotiques	352 (16,4)	29 (16,4)	323 (16,4)
trouble psychotique ^{&}	751 (34,9)	85 (48)	666 (33,8)
alcoolisme	770 (35,8)	52 (29,4)	718 (36,4)
pharmacodépendance	980 (45,6)	68 (38,4)	912 (46,2)
Risque suicidaire à l'admission			
modéré ou élevé	780 (36,3)	45 (25,4)	735 (37,3)
	Moyenne (écart)	Moyenne (écart)	Moyenne (écart)
Fonctionnement social à l'admission (évalué par les intervieweurs)			
Note moyenne à l'échelle MCAS [%]	60,2	57,5	60,4
(écart de notes)	(33-80)	(37-75)	(33-80)
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Hospitalisation pour cause de maladie mentale^{&} (durant plus de 6 mois dans les 5 dernières années)	135 (6,3)	29 (16,4)	106 (5,4)
Hospitalisation pour cause de maladie mentale^{&} (à 2 reprises ou plus dans une année au cours des 5 dernières années)	783 (36,4)	104 (58,8)	679 (34,4)

Problèmes de santé			
Les 7 plus courants :			
problèmes dentaires	1 135 (52,8)	93 (52,5)	1 042 (52,8)
problèmes de dos	1 116 (51,9)	85 (48)	1 031 (52,3)
problèmes de pied	855 (39,8)	67 (37,9)	788 (40)
migraine	772 (35,9)	51 (28,8)	721 (36,6)
arthrite, troubles articulaires	765 (35,6)	41 (23,2)	724 (36,7)
problèmes cutanés	522 (24,3)	47 (26,6)	475 (24,1)
asthme	518 (24,1)	44 (24,9)	474 (24)
hypertension (diagnostiquée) [@]	453 (21,1)	31 (17,5)	422 (21,4)
Maladies graves			
hépatite B ou C	425 (22,5)	32 (18,1)	451 (22,9)
asthme	518 (24,1)	44 (24,9)	474 (24)
bronchite chronique, emphysème	381 (17,7)	30 (17)	351 (17,8)
VIH ou sida	75 (3,5)	5 (2,8)	70 (3,6)
épilepsie, troubles convulsifs	217 (10,1)	19 (10,7)	198 (10)
maladie de Crohn, colite	218 (10,1)	15 (8,5)	203 (10,3)
diabète	192 (8,9)	21 (11,9)	171 (8,7)
maladie cardiaque	143 (6,7)	12 (6,8)	131 (6,6)
cancer	53 (2,5)	8 (4,5)	45 (2,3)
Maladies concomitantes			
aucune	181 (8,4)	24 (13,6)	157 (8)
une	214 (10)	14 (7,9)	200 (10,1)
deux ou plus	1 754 (81,6)	139 (78,5)	1 615 (81,9)
Effets indésirables de médicaments (dans les 6 derniers mois)	837 (39,1)	92 (52)	745 (38,0)
Traumatisme crânien			
perte de conscience à une reprise ou plus	1 099 (51,5)	78 (44,1)	1 021 (51,8)
Démêlés judiciaires (plus d'une arrestation, incarcération, période de probation dans les 6 derniers mois)	759 (35,3)	53 (29,9)	706 (35,8)
Nature des démêlés judiciaires			
retenus au poste de police	462 (21,5)	69 (39)	393 (19,9)
détention au poste de police durant moins de 24 heures	496 (23,1)	38 (21,5)	458 (23,2)
arrestation	568 (26,4)	49 (27,7)	519 (26,3)
comparution au tribunal	632 (29,4)	54 (30,5)	578 (29,3)
programme d'administration de la justice	223 (10,4)	16 (9)	207 (10,5)
Victimisation			
vol ou menace de vol	692 (32,4)	53 (29,9)	693 (32,6)
menace d'agression	907 (42,4)	62 (35)	845 (43,1)
agression	766 (35,8)	58 (32,8)	708 (36,1)
Absence de soutien social			
absence de confident	1 065 (49,6)	91 (51,4)	974 (49,4)

*L'information provient des participants à moins d'indication contraire.

[#]Pour connaître la définition de « grands besoins » et de « besoins modérés », veuillez consulter l'article qui paraît à <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> (en anglais).

[%]Échelle Multnomah Community Ability Scale (MCAS) : Plus la note est haute, meilleur est le fonctionnement social; une note de 63 ou moins illustre une incapacité modérée ou grande ou un fonctionnement passable à

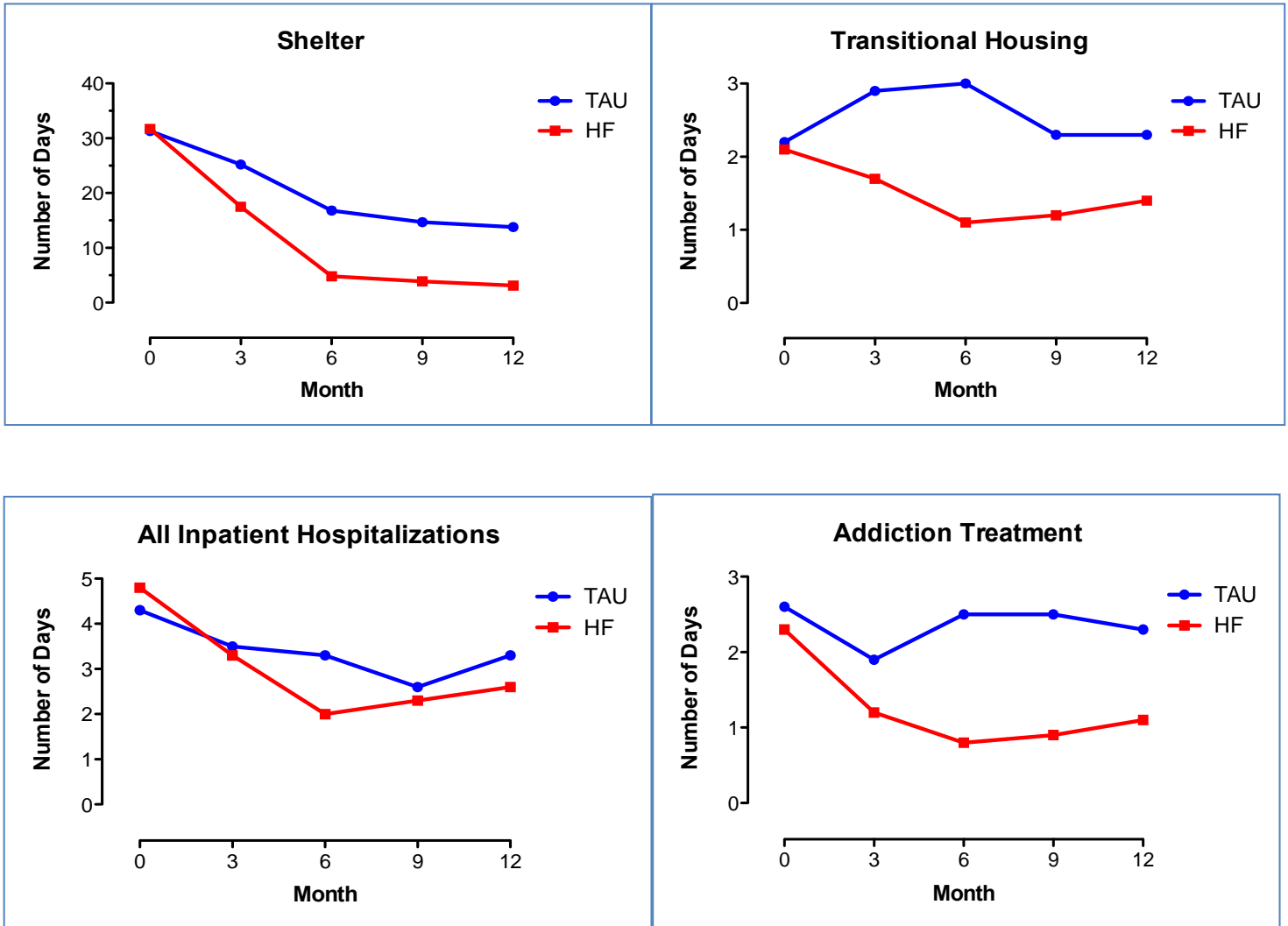
moyen; le questionnaire porte sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, la gestion des finances personnelles, l'adaptation à la maladie et l'efficacité sociale.

[&]Les troubles psychotiques et les hospitalisations pour ce motif, rapportés par les participants, sont probablement sous-estimés en raison de la nature de cette maladie.

[@]Le phénomène est probablement sous-estimé puisque 111 participants (5 %) ne savent rien de l'état de leur pression artérielle; le fait de ne pas se douter de la présence d'une maladie ou le fait qu'elle ne soit pas détectée entre en jeu dans le compte rendu des participants quant à leur état de santé.

Annexe D : Résultats du point de vue de l'échantillon global

Hébergement



Shelter = Refuge

Number of Days = Nombre de jours

Month = Mois

TAU = Groupe des services habituels (SH)

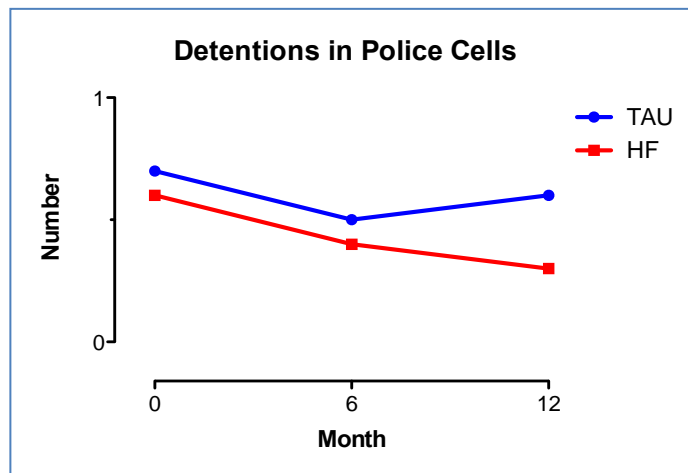
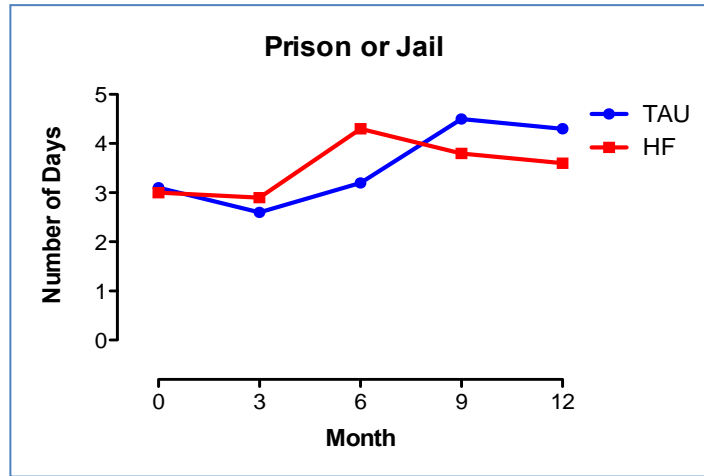
HF = Groupe Logement d'abord (LA)

Transitional Housing = Logement de transition

All Inpatient Hospitalisations = Hospitalisation tous motifs confondus

Addiction Treatment = Désintoxication

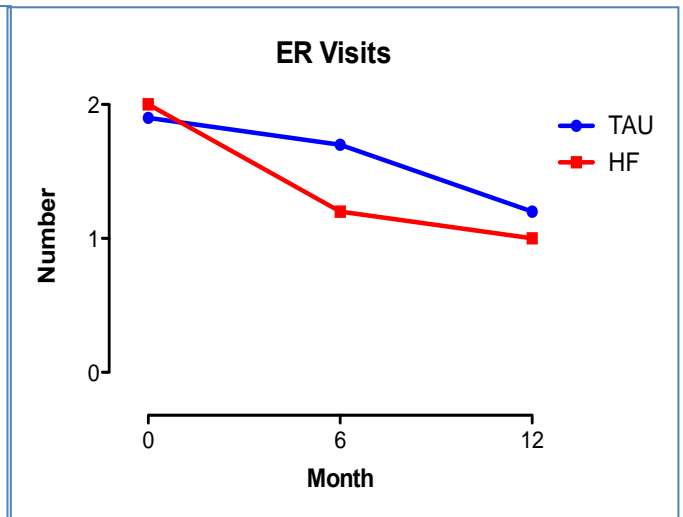
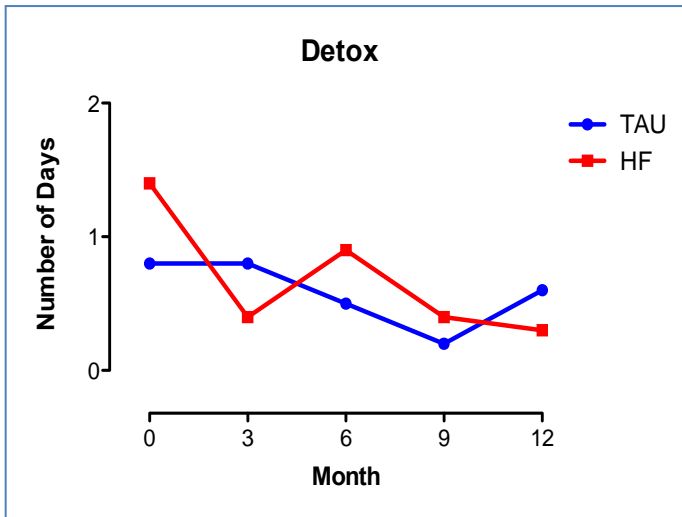
Services judiciaires



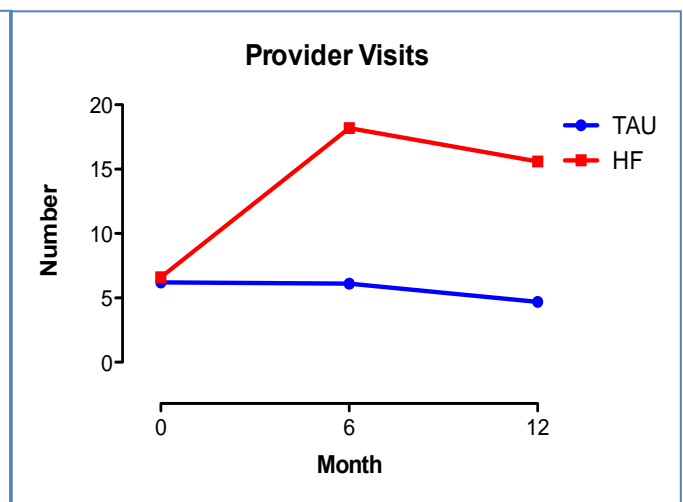
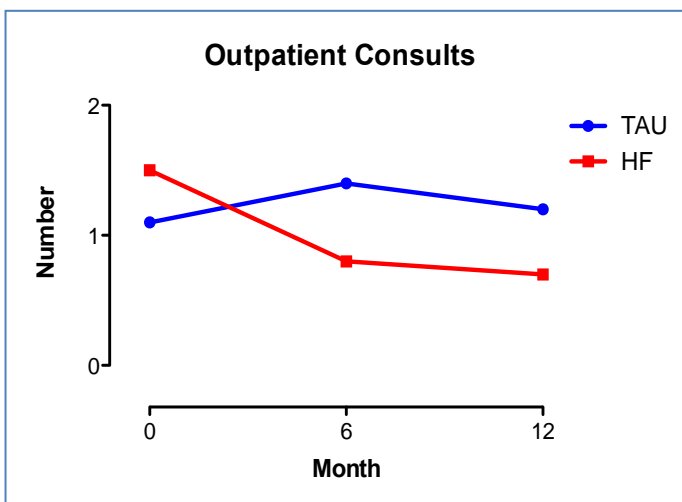
Prison or Jail = Prison

Detentions in Police Cells = Détention au poste de police

Services dans la communauté

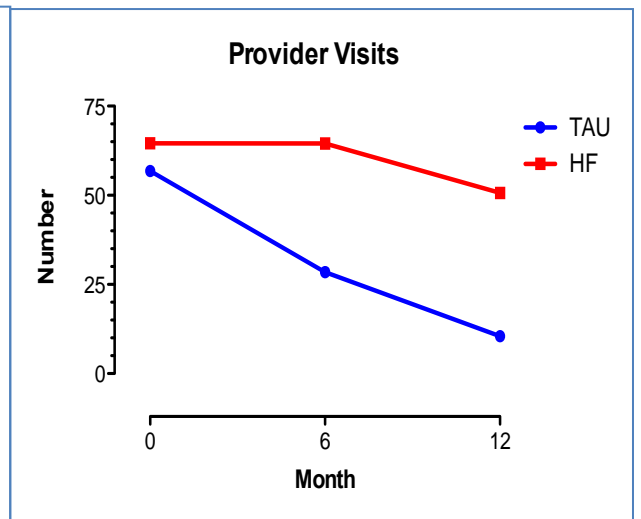
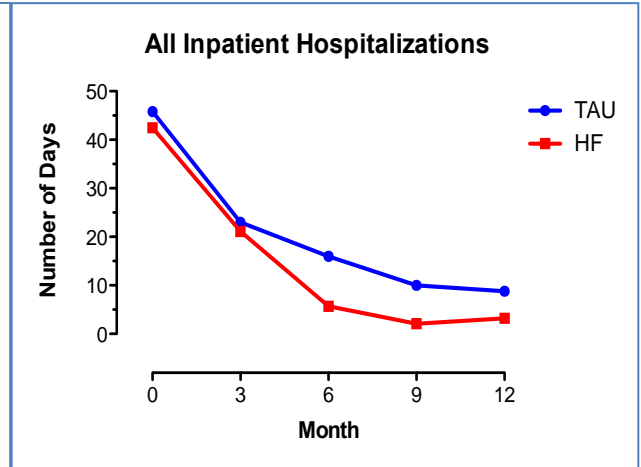
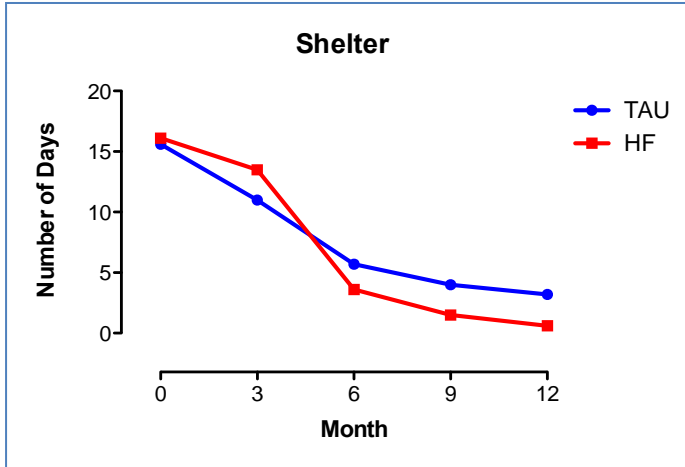


Detox = Centre de désintoxication
 ER Visits = Consultations aux urgences



Outpatient Consults = Consultations en clinique externe
 Provider Visits = Visites de pourvoyeurs de services

Grands utilisateurs de services



Annexe E - Glossaire

L'équipe de suivi d'intensité variable offre des services de suivi aux personnes dont les besoins sont « modérés », plus précisément de l'information et la coordination avec d'autres programmes pour faciliter l'accès aux services nécessaires. Elle offre ce suivi à raison de 12 heures par jour et chaque membre prend en charge 15 ou 16 participants.

L'équipe de suivi intensif dans le milieu offre des services professionnels intensifs de diverse nature aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Elle offre une gamme de services de soutien directement à ces personnes résidant dans la communauté (services de rétablissement et de bien-être, soutien par des pairs, services de soutien intégrés en santé mentale et en toxicomanie, assistance en situation de crise, par exemple). Elle est disponible jour et nuit et chaque membre prend en charge 10 participants.

Les termes « *grands utilisateurs de services* » ou « *grands utilisateurs* » désignent les participants qui consomment le plus de services. Pour les besoins de notre étude, ils correspondent aux 10 % de participants qui font le plus grand usage de services hospitaliers, de services de santé aux urgences et de services policiers sur la foi des coûts antérieurs à l'étude.

Les termes « *besoins modérés* » ou « *grands besoins* » s'entendent des deux catégories dans lesquelles se rangent les participants selon les résultats de l'évaluation de leurs problèmes de santé mentale avant la randomisation. Les participants de la catégorie des grands besoins ont été répartis de façon aléatoire soit dans le groupe Logement d'abord couplé au suivi intensif dans le milieu, soit dans le groupe des services habituels, tandis que les participants de la catégorie des besoins modérés ont été répartis de façon aléatoire soit dans le groupe Logement d'abord associé au suivi d'intensité variable, soit dans le groupe des services habituels. Nous avons déterminé l'étendue des besoins dans le cadre du bref entretien neuropsychiatrique (Mini International Neuropsychiatric Interview⁴⁹) et à l'aide de l'échelle Multnomah Community Ability Scale. Les participants ont eu à répondre à des questions portant sur leurs antécédents en matière d'utilisation de services et de logement.

Admissibilité – Le participant était considéré admissible au projet Chez Soi s'il était âgé de 18 ans (19 en Colombie-Britannique) ou plus, s'il était complètement dépourvu d'un toit ou logé dans des conditions précaires, s'il était atteint d'une maladie mentale accompagnée ou non d'une toxicomanie au moment du recrutement (présence de la maladie évaluée au bref entretien neuropsychiatrique en fonction des critères diagnostiques de la classification des maladies DSM-IV). Le participant inscrit à un autre programme de suivi intensif dans le milieu ou de suivi d'intensité variable ou qui n'avait pas la citoyenneté canadienne, le statut de résident permanent ou de réfugié ou présenté une demande d'asile, ou qui était relativement itinérant n'était pas admissible.

Le *groupe des services habituels (SH)* et le *groupe Logement d'abord (LA)* sont les groupes formés pour les besoins de l'étude. Le premier regroupe des participants qui se voient offrir les mêmes services et soins qu'à l'habitude, sans égard au fait qu'ils participent à un projet de recherche. Il s'agit du groupe

témoin auquel est comparé le groupe Logement d'abord, qui rassemble les participants qui bénéficient de l'intervention Logement d'abord; ce groupe constitue le groupe expérimental.

Définition de l'état d'itinérance pour les besoins du projet Chez Soi – Pour le projet Chez Soi, l'itinérance s'entend du fait de ne pas avoir de toit durant plus de sept nuits et d'avoir peu d'espoir de trouver où se loger le mois prochain. Le projet accueille des personnes *complètement dépourvues d'un toit* et des personnes *logées dans des conditions précaires*.

Complètement dépourvue d'un toit s'applique à la personne qui vit « à la dure », c'est-à-dire qui passe la nuit dans des endroits qui ne sont pas prévus pour cela, tels la rue, les parcs, une voiture ou un garage, qui loge à un refuge ou un motel ou qui sort d'un établissement, d'une prison ou d'un hôpital sans savoir où aller.

Logement précaire s'entend de la chambre individuelle, de la maison de chambres, de la chambre d'hôtel ou de motel. La personne logée dans des conditions précaires a été complètement dépourvue d'un toit à deux reprises à tout le moins.

Annexe F – Analyse économique

	Prix et coûts					Moyennes annualisées, échantillon global		Moyennes annualisées, décile supérieur		Coûts annualisés, échantillon global			Coûts annualisés, décile supérieur		
	Moncton	Montréal	Toronto	Winnipeg	Vancouver	SH	LA	SH	LA	SH	LA	Écart	SH	LA	Écart
Services de santé et services judiciaires															
Consultations aux urgences	270,40 \$	424,27 \$	355,64 \$	419,62 \$	331,55 \$	2,9	2,2	3,8	3,4	1 060 \$	806 \$	(253 \$)	1 387 \$	1 245 \$	(142 \$)
Détention poste de police	\$240,88 \$	262,11 \$	349,00 \$	266,51 \$	188,43 \$	1,1	0,7	1,2	0,4	304 \$	179 \$	(125 \$)	330 \$	120 \$	(210 \$)
Consultations en clinique externe	94,56 \$	86,74 \$	96,08 \$	90,92 \$	90,92 \$	2,6	1,5	3,0	1,9	237 \$	140 \$	(97 \$)	277 \$	176 \$	(101 \$)
Visites de pourvoyeurs de services (non à l'étude)	288,68 \$	348,33 \$	267,96 \$	326,73 \$	193,75 \$	10,8		19,5		3 006 \$	- \$	(3 006 \$)	5 455 \$	-	(5 455 \$)
Séjour de plus de 24 heures															
Refuge	117,94 \$	56,53 \$	87,85 \$	22,63 \$	67,43 \$	70,5	29,3	23,9	19,3	4 732 \$	1 964 \$	(2 768 \$)	1 603 \$	1 295 \$	(308 \$)
Centre de désintoxication	158,84 \$	375,11 \$	158,84 \$	433,00 \$	158,84 \$	2,2	1,2	3,7	1,3	558 \$	307 \$	(251 \$)	936 \$	333 \$	(603 \$)
Hôpital général, soins psychiatriques	746,30 \$	512,93 \$	745,08 \$	731,76 \$	730,17 \$	4,6	4,7	21,7	11,9	3 176 \$	3 282 \$	106 \$	15 116 \$	8 272 \$	(6 844 \$)
Hôpital psychiatrique, soins de courte durée	847,05 \$	627,82 \$	845,67 \$	830,54 \$	828,74 \$	5,5	3,5	35,5	16,3	4 395 \$	2 785 \$	(1 610 \$)	28 369 \$	12 977 \$	(15 392 \$)
Hôpital, soins généraux de courte durée	1 042,62 \$	892,47 \$	1 059,68 \$	1 204,69 \$	1 129,83 \$	2,6	2,0	0,5	4,0	2 827 \$	2 148 \$	(680 \$)	587 \$	4 250 \$	3 663 \$
Prison	142,42 \$	171,08 \$	181,30 \$	167,76 \$	168,10 \$	14,6	14,6	6,1	7,6	2 484 \$	2 472 \$	(13 \$)	1 038 \$	1 291 \$	254 \$
Logement de transition	43,64 \$	27,65 \$	43,64 \$	35,00 \$	50,28 \$	10,5	5,4	8,1	1,9	427 \$	219 \$	(208 \$)	330 \$	75 \$	(255 \$)
Traitement de désintoxication	68,18 \$	67,00 \$	87,85 \$	72,36 \$	62,97 \$	8,8	4,1	13,7	2,5	643 \$	297 \$	(345 \$)	1 002 \$	180 \$	(822 \$)
Coût annuel estimatif : services non à l'étude										23 849 \$	14 599 \$	(9 250 \$)	56 431 \$	30 216 \$	(26 215 \$)
Coût annuel estimatif : intervention	17 111 \$	15 677 \$	16 023 \$	15 397 \$	21 094 \$						17 160 \$	17 160 \$		16 825 \$	16 825 \$
Total										23 849 \$	31 759 \$	7 910 \$	56 431 \$	47 041 \$	(9 390 \$)

- 1) Nous indiquons la valeur des coûts indirects lorsque nous la connaissons.
- 2) Nous tenons compte du coût en capital des services hospitaliers à la manière de Rosenheck (1994) : *En général, le coût en capital ajoute 6 % au coût du séjour hospitalier et 4 % au coût de la consultation en clinique externe*. Par conséquent, nous ajoutons 6 % au coût de l'hospitalisation et 4 % au coût total de la consultation en clinique externe et de la visite aux urgences. En général, la visite aux urgences ne constitue pas un séjour de plus de 24 heures. L'utilisation des installations exprimée en pourcentage du coût total doit donc s'apparenter à l'utilisation des installations aux consultations externes. Rosenheck RA, Frisman LK, Neale MS. *Estimating the capital component of mental health care costs in the public sector*. Adm Policy Ment Health 1994; 21: 493-509.

- 3) Lors que les biens en nature et les services bénévoles ne sont pas inclus dans l'estimation, nous appliquons un facteur d'ajustement de 46 % établi d'après les renseignements transmis par la Welcome Hall Mission de Montréal.
- 4) Nous reprenons la valeur qui paraît à l'annexe 1 de l'article de Kopala (2006) comme coût à l'unité de désintoxication à Moncton, Toronto et Vancouver. Kopala L, Smith G, Malla A, Williams R, Love L, Talling D, Balshaw R. *Resource utilization in a Canadian national study of people with schizophrenia and related psychotic disorders*. Acta Psychiatr Scand 2006; 113 (Suppl. 430): 29–39. © 2006 Blackwell Munksgaard.
- 5) Pour tenir compte du fait que les participants sont des itinérants, nous avons calculé un facteur d'ajustement selon les paramètres de l'article de Stephen Hwang (2011). Nous avons majoré le coût de l'hospitalisation à l'unité de soins psychiatriques de l'hôpital général et à l'hôpital psychiatrique de 9,6 %. Nous avons réduit le coût moyen de l'hospitalisation pour soins généraux dans une proportion de 17 %. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch J.S. (2011). *Hospital Costs and Length of Stay Among Homeless Patients Admitted to medical, Surgical and Psychiatric Services*. Med Care. 49: 350-354.
- 6) Le coût moyen de l'hospitalisation en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et au Nouveau-Brunswick provient de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Aggregate, Ward and ICU Per Diems, by Number of Beds, by Province/Territory and Canada, 2009-10. ICIS (2010)*. Le coût journalier moyen de l'hospitalisation au Québec provient du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2009-2010).
- 7) Le coût de l'hospitalisation à l'unité ou l'établissement de soins psychiatriques à Moncton, Toronto, Winnipeg et Vancouver est établi d'après l'étude de Philip Jacobs (2010). Jacobs P, Dewa C, Lesage A, Vasiliadis H-M, Escobar C, Mulvale G, Yim R. (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse in Canada* (2010). Institute of Health Economics. Alberta. June 2010. Pour ce qui est du coût à Montréal, il se fonde sur les données de deux hôpitaux psychiatriques et de cinq hôpitaux généraux à Montréal.
- 8) Les coûts en centre de détention provincial proviennent de Statistique Canada (2009). Statistique Canada. *Services correctionnels pour adultes au Canada, 2008-2009. Tableaux de référence*.