



RAPPORT FINAL DU SITE DE WINNIPEG

Projet Chez Soi



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

PROJET CHEZ SOI : RAPPORT FINAL DU SITE DE WINNIPEG

Les auteurs souhaitent reconnaître la contribution de nombreuses personnes dont les efforts et l'expertise ont permis la production de ce rapport.

Bon nombre de personnes ont participé à ce projet au cours des quatre dernières années : les chercheurs pour leur contribution à la planification, à la conception et à l'évaluation, les équipes de recherche et d'entrevue, qui ont consacré leur temps et leur énergie aux participants avec lesquels elles ont interagi régulièrement, l'équipe de direction du site de Winnipeg, y compris les gestionnaires du site et de l'approvisionnement en logements, l'équipe de pourvoyeurs de services de Winnipeg pour leur collaboration et leurs enseignements tout au long du projet et, surtout, tous les participants de Winnipeg qui ont donné une partie d'eux-mêmes en racontant leur vie, leur histoire et leurs perspectives et sans qui ce projet aurait été impossible.

Nous remercions également les personnes qui ont passé en revue la version préliminaire de ce rapport et fourni leurs commentaires : Lucille Bruce, Darlene Hall, Betty Edel, Fred Shore, Marcia Thomson, Richard Walls, Mark Smith, Andrew Kaufman, Tracy DeBoer, Kristin Reynolds, Jacquelyne Wong, Scott McCullough, Matthew Havens, Murray Enns et Ben Fry.

Meegwetch, kinanaakomin, merci, kinanaskomitin, ma ci cho, wopida, thank you!

AUTHORS:

Jino Distasio
Jitender Sareen
Corinne Isaak



THE UNIVERSITY OF
WINNIPEG



UNIVERSITY
OF MANITOBA

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

This document is available in English.

CITATION

Citer comme suit : Distasio J., Sareen J. et Isaak C. (2014). Projet Chez Soi : Rapport final du site de Winnipeg, Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Paraît à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>

TOUS DROITS RÉSERVÉS.

© Équipe de recherche Chez Soi de Winnipeg et Commission de la santé mentale du Canada, 2014
110, Quarry Park Boulevard Sud-Est, bureau 320, Calgary (Alberta) T2C 3G3

RAPPORT FINAL DU SITE DE WINNIPEG

TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux	5
Résumé	6
Chapitre 1 - Introduction	9
Historique et contexte de la ville et de la province	10
Chapitre 2 - Description du projet à Winnipeg	12
Modèle d'intervention et programme	12
Recherche	12
Direction du projet	12
Chapitre 3 - Caractéristiques de l'échantillon de Winnipeg	13
Recrutement	14
Antécédents d'itinérance chez les participants	14
Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé)	15
Chapitre 4 - Résultats relatifs au logement	17
Temps passé dans les logements	18
Chapitre 5 - Résultats	20
Résultats relatifs à l'utilisation des services (selon le programme) et aux coûts	20
Résultats relatifs aux coûts	21
Chapitre 6 - Résultats relatifs à la santé et à la société	22
Fonctionnement social et qualité de vie	22
Arrêter d'être en mode survie	22
Établir une routine quotidienne plus normale	22
Liens ou rétablissement des liens sociaux et culturels	23
Relations	23
Maîtriser les interactions sociales	23
Rétablir les liens avec sa famille ou retrouver sa culture	23
Santé mentale, toxicomanie et rétablissement	24
Prendre conscience de sa colère, de ses émotions et des traumatismes du passé	24
Amélioration de la confiance et de l'estime de soi	25
Problèmes continus de santé mentale et de toxicomanie	25

RAPPORT FINAL DU SITE DE WINNIPEG

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 7 - Incidences sur les politiques.....	26
Leçons tirées	26
Incidences sur les politiques et les pratiques	27
Références	28
Annexes.....	29
Annexe 1 - Méthodes	29
Annexe 1A - Principales définitions	30
Annexe 2 - Sources additionnelles	32
Annexe 2B - Structure de partenariat des projets.....	33
Annexe 3 - Carte des emplacements des sources de recommandations.....	34
Annexe 4 - Situation passée et actuelle (situation personnelle et sociale, santé) - Winnipeg	35
Annexe 5 - Carte des résidences de participants des groupes d'intervention de Winnipeg	37
Annexe 6 - Études secondaires propres au site	38

MESSAGES PRINCIPAUX

DU PROJET CHEZ SOI DE WINNIPEG

1

Des partenariats réussis et sécuritaires sur le plan culturel ont été créés et maintenus avec les universités, les organismes autochtones locaux et le gouvernement. De nombreux intervenants clés ont participé au développement et au fonctionnement continu du site de Winnipeg depuis sa création. Ses trois équipes d'intervention suivant le modèle Logement d'abord accordant la priorité au logement (*Housing First*) ont assuré un suivi intensif dans le milieu (SIM) axé sur les grands utilisateurs de services et un suivi d'intensité variable (SIV) destiné aux participants ayant des besoins modérés. Une équipe s'occupait des participants autochtones (SIV AU) et l'autre d'un groupe mixte de participants (SIV mixte) composé de personnes autochtones et non autochtones.

2

Les participants au projet de Winnipeg constituent un groupe distinct. Aux fins des résultats relatifs à l'utilisation des services et aux coûts, les participants comprennent tous les groupes d'intervention avec SIV ou avec SIM et les groupes témoins ayant reçu les services habituels à Winnipeg (n=513). Parmi les participants, 64 p. 100 étaient des hommes et 36 p. 100 étaient des femmes. Une proportion de 71 p. 100 a déclaré être d'origine autochtone. De nombreux indices laissent croire que les participants ont été confrontés à des difficultés multiples au cours de leur vie qui ont contribué à leur état de personnes défavorisées. Par exemple, 69 p. 100 n'ont pas terminé leurs études secondaires. La plupart des participants au projet ont été recrutés dans un refuge ou dans la rue; 69 p. 100 vivaient en situation d'itinérance complète et 31 p. 100 vivaient dans des conditions précaires. Au début du projet, les participants ont affirmé présenter des symptômes pouvant être attribuables à diverses maladies mentales, y compris des troubles concomitants, notamment les problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (77 p. 100) et l'état de stress post-traumatique ou ESPT (45 p. 100). En outre, plus de 99 p. 100 des participants ont signalé éprouver au moins un problème de santé physique et 83 p. 100 avoir eu un traumatisme crânien. En moyenne, les participants ont vécu six différents types de violence durant l'enfance ou de négligence avant l'âge de 18 ans. Près de la moitié (49 p. 100) ont déclaré avoir été hébergés en milieu d'accueil, 42 p. 100 ont signalé que leurs parents ont fréquenté un pensionnat et 11 p. 100 ont eux-mêmes fréquenté un pensionnat.

3

Le modèle Logement d'abord, mis en œuvre avec succès à Winnipeg, a été respecté mais adapté au contexte autochtone local. La participation et la mobilisation des communautés et des organismes autochtones ont été intégrées à toutes les étapes de la mise en œuvre, de l'exécution et de la prise de décisions relatives au projet. En tenant compte des conséquences du colonialisme et en respectant les pratiques culturelles autochtones, toutes les équipes de service ont utilisé une approche holistique autochtone auprès des groupes d'intervention. Ainsi, des aînés et des enseignants de traditions ont été intégrés aux services et aux programmes offerts. Parallèlement, nous avons affiché d'excellents taux de suivi en ce qui a trait à la recherche (81 p. 100) et les résultats appuient manifestement le modèle Logement d'abord à Winnipeg. Au cours des six derniers mois du projet, 45 p. 100 des participants des groupes d'intervention ont été logés en tout temps, 28 p. 100 une partie du temps et 27 p. 100 en aucun temps. En revanche, 29 p. 100 des participants des groupes témoins ont été logés en tout temps, 18 p. 100 une partie du temps et 52 p. 100 en aucun temps. Cette conclusion est digne de mention particulière en raison du taux d'inoccupation extrêmement faible des logements locatifs à Winnipeg. De plus, la qualité du logement d'un échantillon aléatoire de 84 participants logés dans le cadre du projet était, en moyenne, aussi bonne pour les résidences des participants des groupes d'intervention que pour celles des participants des groupes témoins.

RÉSUMÉ

HISTORIQUE ET CONTEXTE DE LA VILLE

Le projet Chez Soi de Winnipeg est un exemple de partenariat réussi et sécuritaire sur le plan culturel entre des universités, des organismes autochtones locaux et le gouvernement, lesquels ont collaboré au développement et au fonctionnement du projet depuis sa création.

Selon le recensement de 2011, Winnipeg est une communauté de 730 018 habitants comptant la population autochtone en milieu urbain la plus nombreuse du pays, représentant plus de 10 p. 100 de la population de la ville.

Depuis 1991, on constate une diminution globale des taux d'inoccupation des logements locatifs à Winnipeg qui se sont maintenus à un maximum de 1 p. 100 pendant la période du projet. Ces faibles taux d'inoccupation sur les marchés des logements publics et privés ont entraîné de longues listes d'attente pour les personnes à la recherche de logements abordables. Par conséquent, les propriétaires se sont montrés plus sélectifs en examinant les demandes de location de logement. De plus, environ 40 p. 100 du parc de logements locatifs est situé dans le centre-ville de Winnipeg. Ces logements sont vieux et nécessitent des réparations majeures. Une telle situation a exercé une pression considérable sur le marché locatif et réduit les options offertes aux personnes à la recherche de logements locatifs.

Dans le même ordre d'idées, selon un rapport publié récemment par un refuge local du centre-ville, parmi les 300 personnes itinérantes interrogées, environ 70 p. 100 étaient des hommes et, dans l'ensemble, les répondants étaient cinq fois plus susceptibles d'être d'origine autochtone que la population générale de Winnipeg.

Programmes offerts

Les trois équipes d'intervention suivant le modèle Logement d'abord à Winnipeg ont offert un suivi intensif dans le milieu (SIM) à la clinique Mount Carmel axé sur les participants ayant des besoins élevés et un suivi d'intensité variable (SIV) à l'intention de participants ayant des besoins modérés au Ma Mawi Wi Chi Itata Centre (SIV - mixte) ainsi qu'à l'Aboriginal Health and Wellness Centre de Winnipeg (AHWC). Cette dernière équipe ne s'occupait que des participants autochtones (SIV AU). L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) a coordonné l'approvisionnement en logements en collaboration avec Housing Plus (organisme créé par le projet à Winnipeg chargé de développer les capacités, obtenir des meubles, préparer les appartements, coordonner l'emménagement et le déménagement des participants et gérer les réparations des appartements et le soutien des propriétaires). L'Office régional de la santé de Winnipeg a aussi collaboré avec les équipes de service afin de déterminer les logements appropriés et informer les propriétaires au sujet de la culture autochtone et du programme Premiers soins en santé mentale. Les participants qui n'ont pas été affectés aléatoirement à un groupe d'intervention (c'est-à-dire tous ceux des groupes témoins) ont continué de recevoir les services et le soutien offerts dans le cadre de leur panier de services existant offert par les cliniques et organismes locaux.

Échantillon

Plus de la moitié des participants était d'âge moyen; 37 p. 100 étaient âgés de moins de 34 ans et 6 p. 100 avaient plus de 55 ans. Les hommes étant plus nombreux au sein de la population itinérante, nous avons créé un échantillon comportant un nombre élevé de femmes afin d'en apprendre davantage à propos de ce groupe peu étudié. Notre échantillon était donc composé de 64 p. 100 d'hommes et de 36 p. 100 de femmes. La majorité des participants (71 p. 100) ont déclaré être autochtones et 5 p. 100 ont signalé provenir d'une origine ethnoculturelle différente. Seulement 5 p. 100 des participants étaient mariés ou conjoints de fait et 47 p. 100 ont déclaré avoir au moins un enfant. Cependant, très peu d'enfants vivaient avec les participants au moment du recrutement. Un pourcentage faible mais important (5 p. 100) de participants correspond à un groupe d'anciens combattants ayant servi le Canada ou un autre pays en temps de guerre. De nombreux indices laissent croire que les participants ont été confrontés à des difficultés multiples au cours de leur vie qui ont contribué à leur état de personnes défavorisées. Par exemple, 69 p. 100 d'entre eux n'ont pas terminé leurs études secondaires et 47 p. 100 ont déclaré que leur revenu du mois précédent était inférieur à 300 dollars. Tandis que 91 p. 100 étaient sans emploi au début du projet, 52 p. 100 avaient occupé un emploi de façon continue par le passé, ce qui laisse supposer qu'il existe un potentiel raisonnable de retour sur le marché du travail après une période de stabilisation dans un logement.

Antécédents d'itinérance

La plupart des participants au projet ont été recrutés dans un refuge ou dans la rue; 69 p. 100 vivaient en situation d'itinérance absolue et 31 p. 100 vivaient dans des conditions précaires (voir les définitions dans l'annexe 1). Une personne sur cinq a connu son premier épisode d'itinérance au cours de l'année précédant sa participation au projet. L'épisode d'itinérance le plus long ayant été déclaré par les participants est d'environ trente mois et la période totale d'itinérance des participants au cours de leur vie est généralement d'environ cinq ans.

Situation personnelle, sanitaire et sociale passée et contemporaine

Au début du projet, les participants de Winnipeg ont affirmé présenter des symptômes pouvant être attribuables à diverses maladies mentales, y compris des troubles concomitants, notamment les problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (77 p. 100) et l'ESPT (45 p. 100, par rapport à 29 p. 100 pour l'ensemble des sites du projet). Dans un proportion de 22 p. 100, les participants ont été hospitalisés en raison d'une maladie mentale au moins deux fois pendant toute période d'un an au cours des cinq années précédant l'admission à l'étude. En outre, plus de 99 p. 100 des participants ont signalé éprouver au moins un problème de santé physique, 83 p. 100 ont eu un traumatisme crânien et près de 45 p. 100 ont dit avoir un problème ou un trouble d'apprentissage. En moyenne, les participants ont aussi vécu six différents types de violence durant l'enfance ou de négligence avant l'âge de 18 ans. Près de la moitié (49 p. 100) ont déclaré avoir été hébergés en milieu d'accueil, tandis que 42 p. 100 ont signalé que leurs parents ont fréquenté un pensionnat et 11 p. 100 ont eux-mêmes fréquenté un pensionnat. Les participants ont manqué de soutien social de base. Près de la moitié d'entre eux n'ont personne à qui se confier. En général, le niveau de détresse psychologique était également élevé : 40 p. 100 des participants ont dit avoir ressenti des symptômes correspondant à un risque de suicide moyen à élevé. *(Il est à noter que le projet a mis en place des processus standard d'orientation vers des services pour les participants qui présentaient un risque de suicide.)*

Mise en œuvre du programme et résultats relatifs au logement

Le modèle Logement d'abord a été mis en œuvre avec succès à Winnipeg. Ce modèle a été respecté mais adapté au contexte autochtone local, notamment en tenant compte des conséquences du colonialisme sur cette population. Nous avons affiché d'excellents taux de suivi en ce qui a trait à la recherche (à l'issue de l'entrevue finale), soit 81 p. 100 au total (87 p. 100 pour le groupe d'intervention et 75 p. 100 pour le groupe témoin). Ces résultats appuient manifestement le modèle Logement d'abord à Winnipeg. Au cours des six derniers mois du projet, 45 p. 100 des participants du groupe d'intervention étaient logés durant toute la période, 28 p. 100 une partie du temps et 27 p. 100 en aucun temps. En revanche, 29 p. 100 des participants du groupe témoin étaient logés en tout temps, 18 p. 100 une partie du temps et 52 p. 100 en aucun temps. Encore une fois, en raison des taux d'inoccupation les plus faibles de toute l'histoire, la recherche de logements s'est avérée une difficulté permanente. De plus, la qualité des logements (l'appartement, l'immeuble et le quartier) d'un échantillon aléatoire de 84 participants de Winnipeg a été mesurée au moyen d'évaluations normalisées par notre équipe de recherche sur le terrain. Les résidences (appartement et immeuble) des participants du groupe d'intervention présentaient une qualité comparable qui variait moins que celle des résidentes du groupe témoins (dont les participants ont été moins nombreux à dénicher un logement). Nous avons aussi recueilli le récit de vie détaillé d'un sous-groupe représentatif pour qui le fait d'avoir un toit a permis d'arrêter d'être en mode survie, d'établir une routine normale et stable, de se concentrer sur sa santé et de songer à l'avenir. Certains membres de ce groupe ont ainsi pu s'adonner à des activités productives et enrichissantes (bénévolat, retour aux études ou au travail) tandis que d'autres s'efforçaient de réorienter leur vie.

Résultats relatifs aux coûts

Aux fins des résultats relatifs à l'utilisation des services et aux coûts, les participants comprennent le groupe d'intervention avec SIV mixte, SIV AU ou avec SIM et le groupe témoins ayant reçu les services habituels à Winnipeg (n=513). Nous avons évalué l'incidence économique des programmes accordant la priorité au logement en tenant compte de tous les coûts pris en charge par la société. L'intervention avec logement coûte en moyenne annuellement 18 840 dollars par personne pour les grands utilisateurs de services et 12 552 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel de première ligne et de leurs superviseurs, les autres dépenses du projet comme les déplacements, les loyers, les services publics et autres ainsi que les suppléments au loyer fournis par la subvention de la Commission de la santé mentale du Canada. L'intervention avec logement pour les grands utilisateurs de services est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours des deux années suivant le début du projet, nous avons comparé les coûts des services pour les participants du groupe d'intervention et ceux pour les participants du

groupe témoins. Nous avons donc constaté que le fait de recevoir des services dans le cadre du projet a permis une réduction moyenne de 17 527 dollars des coûts des services pour les grands utilisateurs de services et de 4 838 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts au groupe d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 9,30 dollars pour les grands utilisateurs de services et de 3,85 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ces économies nettes s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Pour les grands utilisateurs de services, qui présentent un niveau de besoins élevé, nous avons observé une réduction des coûts pour les séjours à l'hôpital général (7 056 dollars par personne par année), les hospitalisations en centre psychiatrique (4 181 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé locaux ou chez d'autres pourvoyeurs (3 752 dollars par personne par année), l'incarcération en pénitencier ou en prison (2 282 dollars par personne par année), les consultations externes (1 417 dollars par personne par année),

l'occupation de logements de transition (1 203 dollars par personne par année) et le traitement de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 067 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des visites aux centres de jour (1 816 dollars par personne par année). Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les séjours dans un hôpital général (3 321 dollars par personne par année), l'occupation de logements de transition (1 720 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé locaux ou chez d'autres pourvoyeurs (1 296 dollars par personne par année) et le traitement de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 184 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des hospitalisations en milieu psychiatrique (3 161 dollars par personne par année). Toutes les autres réductions et augmentations étaient inférieures à 1 000 dollars par personne par année.

Résultats relatifs à la santé et à la société

Dans l'ensemble, les évaluations du fonctionnement social du point de vue d'un observateur ont montré d'importantes améliorations dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin. De plus, des participants formant un sous-groupe représentatif ayant raconté leur histoire ont indiqué qu'un logement convenable et une relation de confiance avec un travailleur du projet Chez Soi (ou autre) leur avaient permis de maîtriser leurs relations sociales, de rétablir d'anciennes relations positives, notamment avec leurs enfants et leur famille, et de commencer à établir de nouvelles relations. La qualité de vie déclarée par les participants a affiché une hausse considérable lors du dernier suivi du groupe d'intervention avec SIV mixte, contrairement au groupe témoin. De plus, une amélioration importante du fonctionnement social général et des habiletés sociales a été constatée sur l'ensemble de la période du projet chez les participants du groupe d'intervention avec SIV AU, par rapport à ceux du groupe d'intervention avec SIV mixte et du groupe témoin. Aucune différence n'a été constatée à ces égards entre le groupe d'intervention avec SIM et le groupe témoin aux besoins élevés.

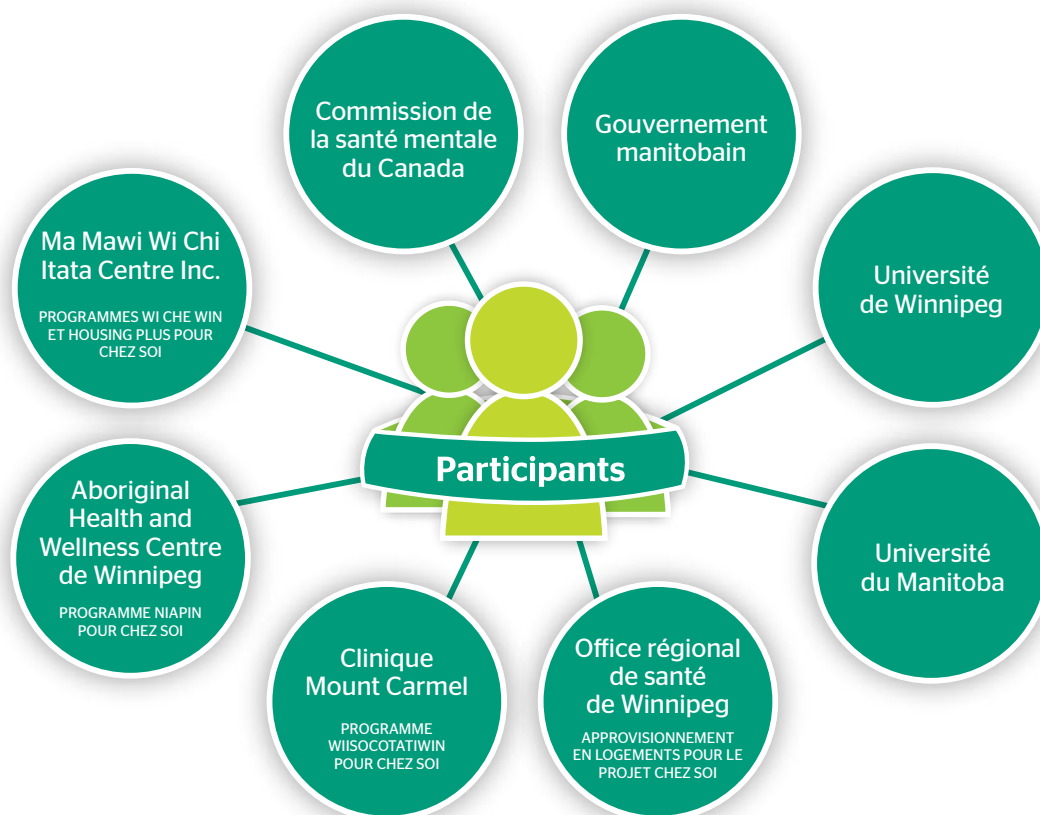
CHAPITRE 1

PRÉSENTATION

Au cours d'une période de quatre ans (de 2009 à 2013), l'équipe Chez Soi de Winnipeg a mis en œuvre un projet expérimental de recherche qui respecte la culture selon un modèle Logement d'abord (en plus de prouver son efficacité), dans le cadre duquel 513 personnes ont été affectées aléatoirement à un groupe d'intervention ou à un groupe témoin (au sein duquel les participants reçoivent les services et services cliniques existants dans la communauté). Au départ, la ville de Winnipeg a été sélectionnée en tant que site du projet Chez Soi en raison de la surreprésentation des personnes autochtones itinérantes atteintes de maladie mentale dans la ville. Le modèle de Winnipeg a été fondé sur la création et le maintien de partenariats sécuritaires sur le plan culturel entre les organismes autochtones¹ et non autochtones de la région, les universités et les ministères. Le principe fondamental du site de Winnipeg consistait à collaborer à l'établissement et au développement des capacités au sein de cette communauté. Au moment de la création du projet, le modèle Logement d'abord n'avait pas été testé à Winnipeg. Ainsi, les travaux préliminaires ont consisté principalement à réunir les partenaires, à bâtir la confiance et à créer un environnement susceptible de soutenir le modèle Logement d'abord à long terme. Il était tout aussi important de faire en sorte que les communautés autochtones locales ne se contentent pas d'appuyer les efforts de mise en œuvre du modèle Logement d'abord, mais jouent plutôt un rôle de premier plan dans tous les aspects du projet. L'image ci-dessous (figure 1) illustre la diversité des partenaires clés ayant participé à la mise en place du modèle Logement d'abord à Winnipeg.

Le modèle de Winnipeg a été fondé sur la création et le maintien de partenariats sécuritaires sur le plan culturel entre les organismes autochtones et non autochtones¹ de la région, les universités et les ministères.

Figure 1 : Partenaires du projet Chez Soi de Winnipeg



¹ Le terme « identité autochtone » désigne les personnes ayant déclaré être autochtones, c'est-à-dire des Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuk (Inuit), et (ou) ayant déclaré être Indien inscrit ou des traités (c'est-à-dire une personne inscrite en vertu de la Loi sur les Indiens du Canada) et (ou) ayant déclaré être membres d'une Première Nation ou bande indienne. Le paragraphe 35(2) de la Loi constitutionnelle de 1982 précise que les peuples autochtones du Canada s'entendent notamment des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada.

L'approche de Winnipeg a prouvé que le modèle Logement d'abord, en tenant compte des adaptations culturelles, est un moyen efficace de réduire l'itinérance et d'y mettre fin au sein des populations autochtone et non autochtone.

Trois équipes d'intervention communautaire ont mis en place le modèle Logement d'abord à Winnipeg.

- **Équipe Wiisocotatiwin** – La clinique Mount Carmel a offert des services aux participants ayant des besoins élevés à l'aide d'un modèle de suivi intensif dans le milieu (SIM).
- **Équipe NiApin** – L'Aboriginal Health and Wellness Centre de Winnipeg a créé un modèle de service propre à Winnipeg et offert ces services à des participants autochtones ayant des besoins modérés à l'aide de son modèle existant de « roue médicinale » qui comporte des éléments du modèle de suivi d'intensité variable (SIV AU).
- **Équipe Wi Che Win** – Le Ma Mawi Wi Chi Itata Centre a offert des services à des personnes autochtones et non autochtones ayant des besoins modérés à l'aide d'un modèle de suivi d'intensité variable (SIV mixte).

À Winnipeg, il était essentiel d'adapter le modèle Logement d'abord à la réalité locale de façon à intégrer les valeurs autochtones dans l'ensemble du modèle de prestation des services et des programmes pour le personnel et les participants. Ainsi, il a fallu obtenir la contribution de personnes autochtones au sein de l'équipe de direction (p. ex. un coordonnateur de site), adopter une approche holistique, mettre l'accent sur les relations, adopter une orientation commune, mettre l'accent sur les forces et inclure les cérémonies et les protocoles autochtones traditionnels. Nous avons été en mesure de compléter le modèle standard accordant la priorité au logement (comme il a été conçu aux États-Unis) avec succès et efficacité au moyen de ces adaptations culturelles.

L'approche de Winnipeg a prouvé que le modèle Logement d'abord, en tenant compte des adaptations culturelles, est un moyen efficace de réduire l'itinérance et d'y mettre fin au sein des populations autochtone et non autochtone.

Pour obtenir le succès réalisé à Winnipeg, les équipes ont assuré la participation de membres du personnel ayant vécu l'itinérance et des problèmes de santé mentale et de personnes d'origine autochtone. Le personnel du projet a reçu une formation adéquate sur la culture selon les besoins. Par exemple, nous avons procédé à la formation continue du personnel et organisé des cérémonies avec celui-ci, notamment des cercles de partage, des huttes à sudation et des leçons des aînés. De plus, le personnel a reçu une formation sur l'histoire des Métis, le traitement sensibilisé aux traumatismes et l'usure de compassion. Cette formation était souvent offerte dans le cadre d'une cérémonie au lieu d'un exposé magistral. De plus, deux des trois équipes de service ont été créées au sein d'organismes autochtones locaux existants (le Ma Mawi Wi Chi Itata Centre et l'Aboriginal Health and Wellness Centre), qui offraient une formation sur la culture et un soutien à l'interne. Cet aspect a été essentiel à notre travail auprès des personnes autochtones itinérantes. Il nous a permis d'intégrer aux services de rétablissement une vision élargie sur les plans social et historique. Pour appuyer cette approche, le modèle Logement d'abord a été adapté à la culture. Des évaluations et des plans d'intervention ont été élaborés à l'aide d'un cadre holistique qui tenait compte de la roue médicinale et des sept enseignements et selon lequel le personnel et les participants avaient accès à des aînés et à des enseignants des traditions autochtones (annexe 2a). Ce cadre, essentiel au rétablissement et à la guérison, a permis aux participants de prendre part à des cérémonies, à des cercles de partage et à des consultations individuelles.

Le plus difficile pour les équipes de Winnipeg a probablement été d'aborder les problèmes que sont le racisme, la discrimination et la pauvreté, les conséquences des pensionnats et l'intervention des institutions en matière de protection de l'enfance et de justice, qui ont contribué au traumatisme de générations entières. Il était complexe de composer avec ces types de traumatismes systémiques, surtout chez les participants autochtones, mais il s'agissait d'un facteur essentiel au rétablissement et à la guérison. Chaque équipe de service s'est efforcée d'intégrer le traitement sensibilisé aux traumatismes à son approche en matière de prestation des services.

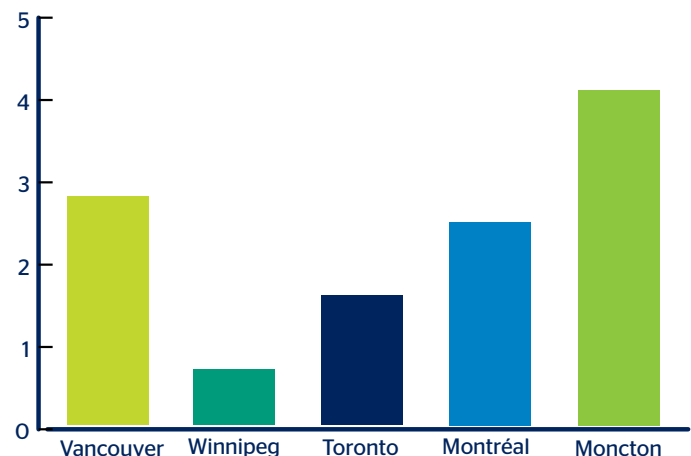
Dans l'ensemble, les efforts du site de Winnipeg ont été couronnés de succès et le modèle Logement d'abord s'est avéré plus efficace que le système actuel de prestation de services. Le présent rapport sommaire décrit certaines des conclusions principales du site de Winnipeg. Nous visons à fournir un vaste aperçu des travaux et des réalisations échelonnés sur une période de près de cinq ans.

Notre travail, nos efforts et nos résultats sont principalement attribuables aux participants au projet, qui l'ont rendu possible. Chaque membre du projet de Winnipeg a contribué à relever les défis et à rendre possibles les réussites. De plus, nous remercions les personnes affectées aléatoirement au groupe témoin et tenons à souligner leur importante contribution. Tous les participants au projet de Winnipeg ont partagé de nombreuses histoires et nous visons à respecter leurs paroles, leurs réflexions et leurs idées du mieux que nous pouvons.

Historique et contexte de la ville et de la province

Winnipeg est une ville des Prairies de taille moyenne qui compte 730 018 habitants dont l'âge médian est de 39,2 ans. Winnipeg abrite la population autochtone² en milieu urbain la plus nombreuse au Canada, à savoir 72 335 personnes qui se sont définies comme telles selon le recensement de 2011. La population autochtone compte pour 9,9 p. 100 de la population totale de la ville. Cette population autochtone croissante en milieu urbain est également très jeune. À Winnipeg, les enfants autochtones âgés de 14 ans ou moins représentaient 28,8 p. 100 de la population autochtone totale et 18,6 p. 100 de tous les enfants de la ville. Les enfants non autochtones âgés

Taux d'occupation affiché par tous les sites du projet Chez Soi au printemps 2011:



de 14 ans ou moins comptaient pour 15,7 p. 100 de la population non autochtone (Enquête nationale auprès des ménages, Statistique Canada, 2011). Dans le même ordre d'idées, selon un rapport publié par un refuge local, parmi les 300 personnes adultes itinérantes interrogées, environ 70 p. 100 étaient des hommes et, dans l'ensemble, les répondants étaient cinq fois plus susceptibles d'être d'origine autochtone que la population générale de Winnipeg (*The Winnipeg Street Health Report*, 2011). Selon les estimations, plus de 80 p. 100 de la population itinérante dans les rues de Winnipeg serait issue des communautés autochtones. Le Tableau 1 présente une estimation de la population itinérante de Winnipeg près du début du projet Chez Soi, par rapport à deux autres villes du Manitoba.

Depuis 2001, le taux d'inoccupation des logements est resté bien inférieur à 2 p. 100 et a notamment atteint son point le plus bas de 0,8 p. 100 en 2010. Les faibles taux d'inoccupation sur le marché des logements privés ont également entraîné de longues listes d'attente pour les personnes à la recherche de logements abordables dans les secteurs public et sans but lucratif. Pendant la période du projet, le taux d'inoccupation des logements de Winnipeg est demeuré sous la moyenne nationale et celle des autres villes du projet Chez Soi. Une légère hausse est survenue en 2013 lorsque le taux est passé à 1,9 p. 100 (figure 2). Il est important de noter qu'un marché locatif équilibré offrant un choix adéquat affiche souvent un taux d'inoccupation se situant entre 3 et 4 p. 100.

Environ 40 p. 100 de l'offre de logements locatifs

Tableau 1.0 Estimation de la population itinérante et à risque d'itinérance, 31 mars 2007 (Institut des études urbaines, 2007)

SOUS-GROUPE	WINNIPEG	BRANDON	THOMPSON	TOTAL
Personnes à risque d'itinérance	135,000	3,800	2,275	141,075
Itinérance cachée	7,600	1,478	70	9,148
Personnes vivant dans la rue	350	33	982	1,365
Personnes dans un refuge de courte durée ou d'urgence	1,915	164	375	2,454
Personnes dans un logement avec services partiels	n/a	74	148	222

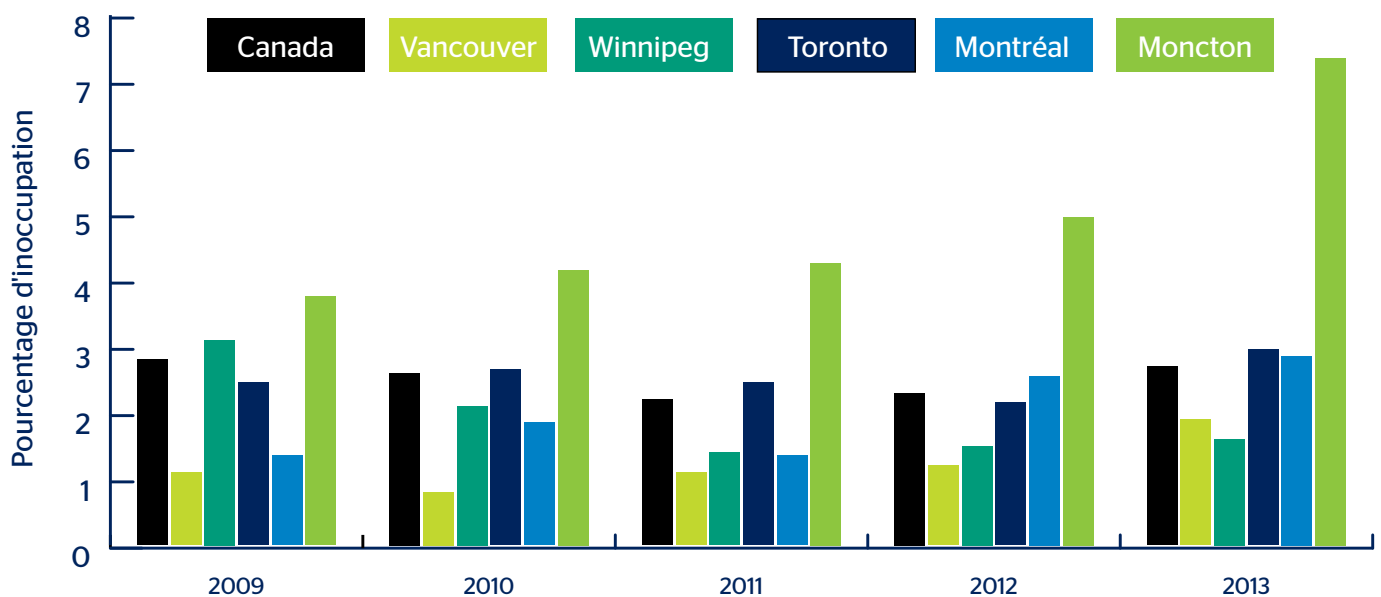
est située dans le centre-ville de Winnipeg. Les logements y sont généralement vieux et nécessitent des réparations majeures³. Cette situation a exercé une pression considérable sur le marché locatif et réduit les options de qualité offertes dans le centre-ville aux personnes à la recherche de logements locatifs abordables. Les besoins impérieux de logement, c'est-à-dire la mesure du caractère inadéquat des logements au Canada, sont évalués par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) à l'aide de trois indicateurs : l'abordabilité, la qualité et la taille. À Winnipeg, 9,5 p. 100 des ménages ont des besoins impérieux de logement, ce qui indique que leur logement a besoin de réparations, que le ménage consacre plus de 30 p. 100 de son revenu à son logement ou que le logement est considéré comme surpeuplé (SCHL, 2012).

L'Office régional de la santé de Winnipeg fournit des services généraux aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment des logements avec services partiels (personnel de soutien sur place et prise en charge des cas). L'Office exploite également des établissements

de soins pour bénéficiaires internes en santé mentale dans le cadre de ses programmes de services de soutien à la vie en communauté et de services communautaires de santé mentale. De plus, il offre aussi un programme de suivi intensif dans le milieu.

Comme nous l'avons souligné, il n'y avait aucune équipe d'intervention offrant à la fois des services et des logements à Winnipeg au début du projet en 2009. L'Office régional de la santé de Winnipeg était perçu comme un partenaire clé du projet Chez Soi de Winnipeg en raison de sa grande expérience en matière de travail auprès des populations vulnérables et de fourniture de logements. Les activités de fourniture de logements de l'Office ont été essentielles, car il avait déjà établi des relations dans le secteur du logement. Cet aspect a joué un rôle inestimable afin de permettre à l'équipe de Winnipeg de trouver des logements lors des premières étapes du projet.

Figure 2 : Taux d'inoccupation des unités de logement des villes du projet Chez Soi (Source : SCHL, Rapport sur le marché locatif, 2010 à 2013)



³ Le centre-ville est un secteur géographique au milieu de la ville de Winnipeg qui se caractérise par une agglomération de quartiers où l'on constate une présence disproportionnée de pauvreté et de logements de mauvaise qualité et un nombre croissant de groupes marginalisés. Même si de nombreux efforts ont été déployés afin de régler ces problèmes dans le centre-ville, celui-ci demeure un secteur préoccupant.

CHAPITRE 2

DESCRIPTION DU PROJET À WINNIPEG

Modèle d'intervention et programme

Comme nous l'avons souligné, les organismes autochtones et non autochtones de la région, les universités et les ministères ont créé et maintenu des partenariats réussis et culturellement sécuritaires. Les trois équipes de Winnipeg ont géré la prestation des services et ont notamment contribué à l'approvisionnement en logements. Le Ma Mawi Wi Chi Itata Centre a procédé à l'intervention de suivi d'intensité variable (SIV) appelée Wi Che Win, tandis que l'équipe Wiisocotatiwin de la clinique Mount Carmel était chargée de mettre en œuvre l'intervention de suivi intensif dans le milieu (SIM). L'Aboriginal Health and Wellness Centre de Winnipeg a offert le programme NiApin (SIV AU) à titre d'intervention propre au site (troisième volet d'étude). Ce programme suit un modèle de SIV avec « roue médicinale » en plus d'un programme de jour supplémentaire et offre des solutions de logement à ses participants au premier point d'entrée. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'Office régional de la santé de Winnipeg a coordonné l'approvisionnement en logements en collaboration avec Housing Plus et Manitoba Green Retrofit, et a collaboré avec les équipes de service afin de déterminer les logements appropriés. Il a aussi joué un rôle de formation des propriétaires au sujet de la culture autochtone et du programme Premiers soins en santé mentale.

Recherche

Le volet de recherche du projet a été une entreprise commune supervisée par les chercheurs principaux de l'Institut des études urbaines de l'université de Winnipeg qui possèdent une expertise en matière de logement en milieu urbain, en collaboration avec le département de psychiatrie de l'université du Manitoba qui possède une expertise en matière de la santé mentale. Les deux groupes ont une vaste expérience de travail auprès des populations autochtones dans leur propre sphère d'expertise. Les membres des équipes d'entrevue des deux universités, y compris les membres ayant un savoir expérientiel, ont recueilli les données dans le cadre du projet. Des détails concernant les méthodes de collecte de données se trouvent à l'annexe 1.

Direction du projet

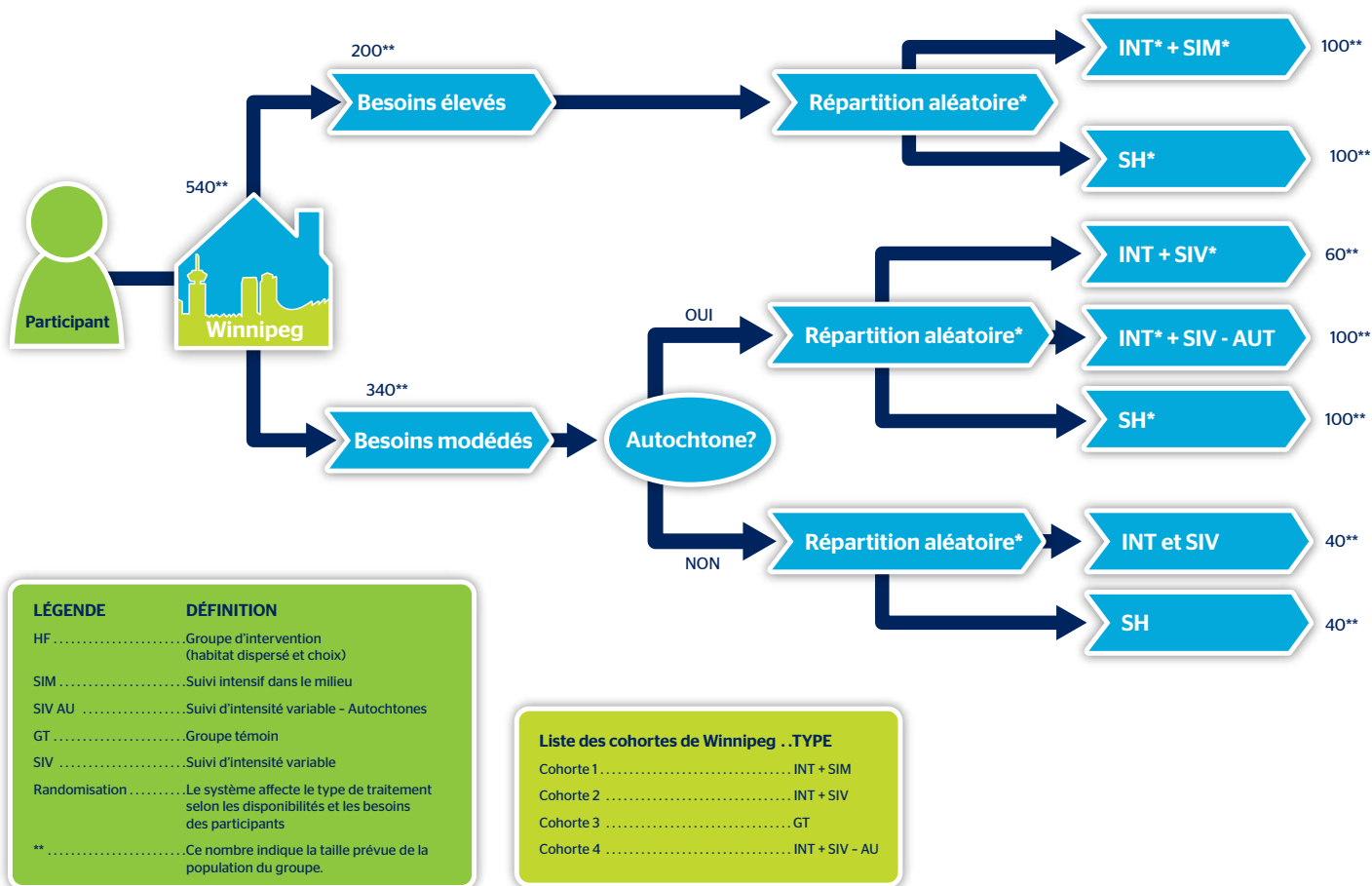
L'équipe de direction du projet (composée des coordonnateurs de site, du conseiller, des chercheurs principaux, du coordonnateur de la recherche, des pourvoyeurs de services principaux et de l'équipe d'approvisionnement en logements) s'est occupée de la gestion globale et de la coordination du projet de Winnipeg. Pour appuyer le projet à l'échelle locale, un comité consultatif a été formé afin d'établir des partenariats holistiques et efficaces dans les secteurs du logement, des services et des soins de santé. De plus, le projet de Winnipeg a appuyé le Comité de personnes en situation de vécu. Ce comité a veillé au respect et à la promotion des points de vue des Autochtones. Dans l'ensemble du site de Winnipeg, les personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale et de l'itinérance ont joué divers rôles : elles étaient représentées au sein du comité consultatif, parmi les membres du personnel des pourvoyeurs de services et parmi les membres de l'équipe de recherche. L'intégration des points de vue des Autochtones et des personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale et de l'itinérance a été jugée essentielle au site de Winnipeg (consulter l'annexe 2b pour voir un Tableau illustrant la structure du site de Winnipeg).

CHAPITRE 3

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE WINNIPEG

Au total, 513 participants ont été recrutés sur le site de Winnipeg, ce qui comprend les groupes d'intervention avec SIV et avec SIM, ainsi que les groupes témoins. Consultez la figure 3 pour voir un organigramme du projet.

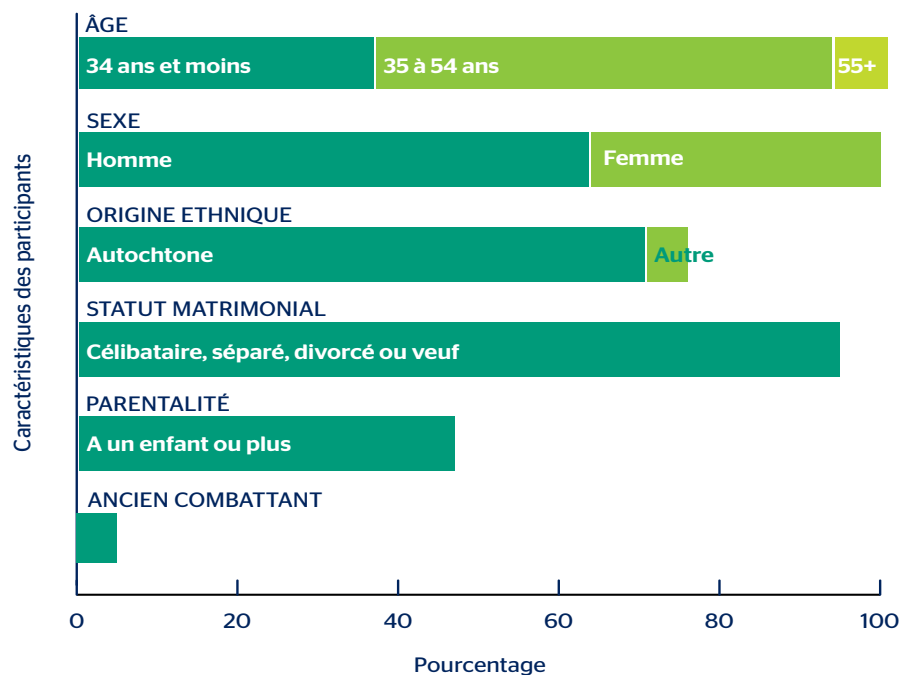
Figure 3 : Organigramme du projet.



Plus de la moitié de l'échantillon du site de Winnipeg était d'âge moyen; 37 p. 100 des participants étaient âgés de moins de 34 ans et 6 p. 100 étaient âgés de plus de 55 ans. Tandis que les hommes sont manifestement plus nombreux au sein de la population itinérante, nous avons créé un échantillon comportant un nombre élevé de femmes afin d'en apprendre davantage à propos de ce groupe peu étudié. Notre échantillon était donc composé de 64 p. 100 d'hommes et de 36 p. 100 de femmes. La majorité des participants (71 p. 100) ont déclaré être d'origine autochtone, et 5 p. 100 ont déclaré une autre origine ethnoculturelle. Seulement 5 p. 100 des participants étaient mariés ou conjoints de fait, mais 47 p. 100 ont déclaré avoir au moins un enfant. Cependant, très peu d'enfants vivaient avec les participants au début du projet (consulter le Tableau 2 pour voir les caractéristiques démographiques). Les anciens combattants représentent un pourcentage faible mais important (5 p. 100) de l'échantillon (ce groupe a déclaré avoir servi le Canada ou un autre pays en temps de guerre). De nombreux indices laissent croire que les participants ont été confrontés à des difficultés multiples au cours de leur vie qui ont contribué à leur situation. Par exemple, 69 p. 100 d'entre eux n'ont pas terminé leurs études secondaires et 47 p. 100 ont déclaré que leur revenu du mois précédent était inférieur à 300 dollars. De plus, 91 p. 100 étaient sans emploi lors au début du projet. Il est important de noter que 52 p. 100 avaient déjà occupé un emploi stable par le passé, ce qui laisse croire à un potentiel raisonnable de retour au travail après une période de stabilisation dans un logement (Tableau 2).

Recrutement

À Winnipeg, le recrutement s'est déroulé sur une période de dix-huit mois à partir de l'automne 2009 jusqu'en juin 2011 et la collecte des données a pris fin en juin 2013. L'équipe de recherche a passé un temps considérable à collaborer avec les agences de services sociaux, les cliniques de santé et les hôpitaux locaux de Winnipeg, communiquant des renseignements à propos du projet et de ses paramètres pour appuyer le processus d'orientation. De plus, l'équipe de recherche a intentionnellement fait en sorte que les participants soient issus de divers endroits et référés par divers pourvoyeurs. Tandis que la plupart des participants au projet ont été recrutés dans un refuge, l'équipe du site de Winnipeg a réussi à établir des liens avec près de 50 agences et groupes distincts qui ont orienté les clients vers le projet (consulter l'annexe 3 pour voir une carte des emplacements des agences de Winnipeg ayant recommandé des participants).



Antécédents d'itinérance chez les participants

En examinant les antécédents d'itinérance des participants au projet, nous avons découvert que 69 p. 100 d'entre eux vivaient en situation d'itinérance complète et 31 p. 100 dans des conditions précaires, notamment dans les hôtels à chambres individuelles et les maisons d'hébergement (consulter l'annexe 1 pour voir les définitions). Sur le plan géographique, la plupart des participants sont issus du centre-ville et l'on constate un groupe important dans le secteur appelé Main Street à Winnipeg.

Un participant sur cinq a connu son premier épisode d'itinérance au cours de l'année précédant sa participation au projet. L'épisode d'itinérance le plus long ayant été déclaré par les participants est d'environ 30 mois en moyenne, et la période totale d'itinérance des participants au cours de leur vie est généralement d'environ cinq ans. Toutefois, certains participants ont vécu une période totale d'itinérance de plus de 300 mois (Tableau 2). La plupart des participants ont connu leur premier épisode d'itinérance à la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants du site de Winnipeg à l'admission

	ÉCHANTILLON N =513 %	ANALYSE SIM N =199 %	ANALYSE SIV N =314 %
GROUPES D'ÂGE			
34 ans ou moins	37	41	35
35 à 54 ans	57	57	57
55 ans ou plus	6	2	8
SEXE			
Homme	64	59	67
Femme	36	41	33
Autre	<1	0	<1
PAYS NATAL			
Canada	97	95	98
Autre	3	5	2
ORIGINE ETHNIQUE			
Autochtone	71	68	72
Autre origine ethnoculturelle	5	5	5
ÉTAT MATRIMONIAL			
Célibataire, jamais marié	70	72	69
Marié ou conjoint de fait	5	5	5
Autre	25	23	26
PARENTALITÉ			
Au moins un enfant	47	47	47
NIVEAU D'ÉTUDES			
N'a pas terminé ses études secondaires	69	74	67
A terminé ses études secondaires	12	12	12
Études postsecondaires	19	14	21
SERVICE MILITAIRE (Canada ou pays allié)	5	5	5
REVENU DU MOIS PRÉCÉDENT INFÉRIEUR À 300 DOLLARS	47	45	49
ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (travail en continu pendant au moins un an dans le passé)	52	44	57
ACTUELLEMENT SANS EMPLOI	91	93	89

Tableau 3 : Antécédents d'itinérance - Winnipeg

	ÉCHANTILLON N =513 P. 100	ANALYSE SIM N =199 P. 100	ANALYSE SIV N =314 P. 100
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À LA SÉLECTION			
Absence de logement absolue**	69	71	68
Logement précaire	31	28	32
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE			
Année précédant le projet 2008 ou plus tôt	22 78	16 84	26 74
ÉPISODE D'ITINÉRANCE LE PLUS LONG EN MOIS			
(valeurs inférieure et supérieure arrondies à la hausse)	33 (1-324)	38 (1-324)	31 (1-324)
PÉRIODE TOTALE D'ITINÉRANCE EN MOIS			
(valeurs inférieure et supérieure arrondies au mois suivant)	60 (1-420)	61 (1-420)	59 (1-324)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE			
(valeurs inférieure et supérieure arrondies au mois suivant)	29 (1-68)	27 (1-65)	31 (7-68)

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

** Consulter l'annexe 1a pour voir une définition d'absence de logement absolue et de logement précaire.

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

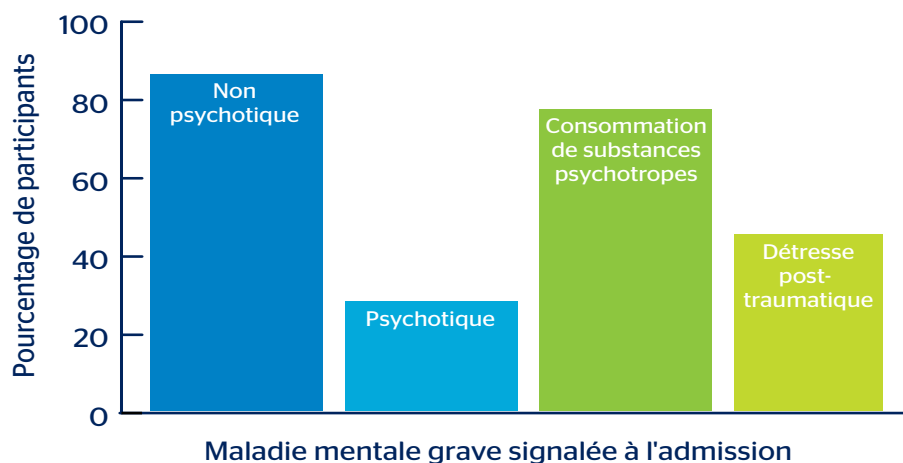
Au début du projet, les participants ont affirmé présenter des symptômes pouvant être attribuables aux maladies mentales suivantes : troubles psychotiques (28 p. 100); trouble non psychotique (86 p. 100); troubles concomitants, notamment les problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes (77 p. 100) et l'état de stress post-traumatique ou ESPT (45 p. 100, par rapport à 29 p. 100 dans les cinq sites du projet). Des participants, 22 p. 100 ont été hospitalisés en raison d'une maladie mentale au moins deux fois pendant toute période d'un an au cours des cinq années précédant le début du projet. En outre, plus de 99 p. 100 des participants ont signalé au moins un grave problème de santé physique et 82 p. 100, un traumatisme crânien. Près de 45 p. 100 ont dit avoir un problème ou un trouble d'apprentissage. En moyenne, les participants ont aussi vécu six différents types de violence durant l'enfance ou de négligence avant l'âge de 18 ans. Près de la moitié (49 p. 100) ont déclaré avoir été hébergés en milieu d'accueil, tandis que 42 p. 100 ont signalé que leurs parents ont fréquenté un pensionnat et 11 p. 100 ont eux-mêmes fréquenté un pensionnat.

Des participants, 35 p. 100 ont déclaré avoir eu des démêlés avec le système de justice pénale dans les six mois précédant le projet, et beaucoup ont été des victimes au cours de la même période. En effet, 41 p. 100 ont été volés ou menacés de vol, 55 p. 100 ont reçu des menaces d'agression et 51 p. 100 ont été agressés (annexe 4).

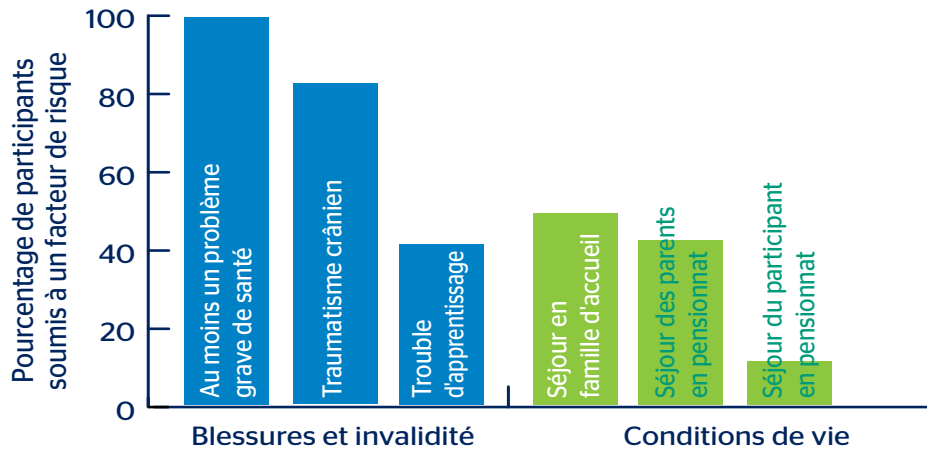
De plus, les participants ont manqué de soutien social de base; environ la moitié d'entre eux n'ont personne à qui se confier. En général, le niveau de détresse psychologique était également élevé : 40 p. 100 des participants ont dit avoir ressenti des symptômes correspondant à un risque de suicide moyen à élevé (voir également l'annexe 4). (Veuillez noter que le projet a mis en place des processus standard d'orientation vers des services pour les participants qui présentaient un risque de suicide.)

Il est important de souligner les antécédents hors du commun et les caractéristiques particulières des participants de Winnipeg par rapport à ceux de l'ensemble des sites du projet (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton). Par exemple, le groupe de Winnipeg comptait plus de femmes (36 p. 100, contre 32 p. 100) et beaucoup plus de participants autochtones (71 p. 100, contre 22 p. 100). En outre, 28 p. 100 des participants de Winnipeg avaient au moins trois enfants, par rapport

En moyenne, les participants ont vécu six différents types de violence durant l'enfance ou de négligence avant l'âge de 18 ans.



Maladies mentales graves signalées



à 9 p. 100 de l'échantillon total, et 77 p. 100 des participants de Winnipeg avaient des problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes, par rapport à 67 p. 100 de l'ensemble des participants au projet. De plus, 49 p. 100 des participants de Winnipeg avaient déjà été hébergés en milieu d'accueil, 47 p. 100 ont été exposés à au moins 10 événements traumatisants, environ 42 p. 100 ont signalé qu'un de leurs parents ou grands-parents a fréquenté un pensionnat et 11 p. 100 ont eux-mêmes fréquenté un pensionnat. Ces caractéristiques distinctives ont des répercussions importantes en ce qui a trait au risque d'itinérance et au processus de rétablissement des participants de Winnipeg, surtout en raison des conséquences du colonialisme pour la population autochtone (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS RELATIFS AU LOGEMENT

Le modèle Logement d'abord a été mis en œuvre avec succès à Winnipeg; il a été respecté et intégrait certaines adaptations culturelles axées sur le contexte autochtone local. Nous avons affiché d'excellents taux de suivi des recherches (81 p. 100 au total) et les résultats appuient manifestement le modèle Logement d'abord à Winnipeg. Cette conclusion est digne de mention particulière en raison du taux d'inoccupation des logements et des niveaux généraux d'abordabilité extrêmement faibles dans la ville (figure 1).

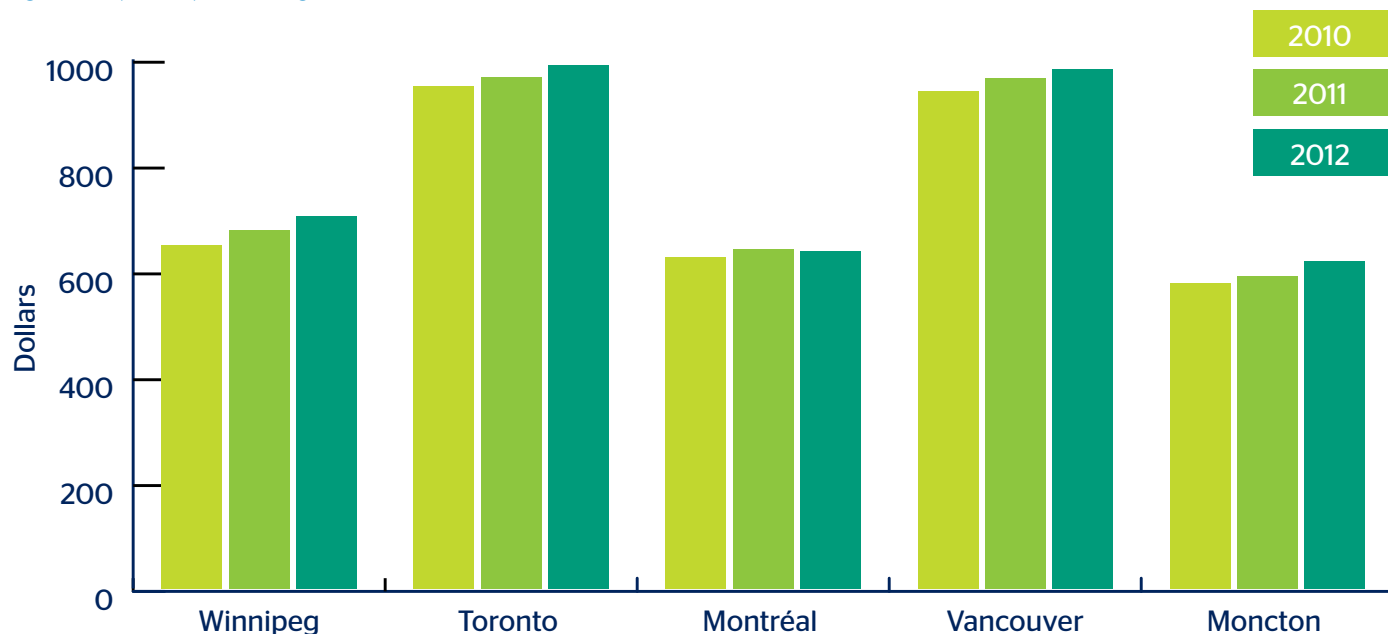
La recherche de logements pour les participants s'est avérée un aspect extrêmement difficile du projet de Winnipeg. Au début du projet, l'Office régional de la santé de Winnipeg s'est efforcé de dresser un inventaire des options de logement à l'intention des participants. Ainsi, il a réservé différentes unités à divers emplacements, coordonné les suppléments au loyer et collaboré avec les propriétaires. Une

autre initiative de renforcement des capacités à Winnipeg est la création de Housing Plus⁴ et de Manitoba Green Retrofit (MGR)⁵.

Lors des premières étapes du projet, de nombreux obstacles à la réservation de logements abordables et de qualité se sont présentés. Bon nombre de ces difficultés précoces découlaient de la conjoncture difficile des marchés, et la plupart des options avaient tendance à se trouver au centre-ville et à être de qualité variable. Les loyers supérieurs demandés à l'extérieur du centre-ville étaient un facteur limitant les choix de logements. Par conséquent, nous nous sommes efforcés d'utiliser les suppléments au loyer afin d'offrir un meilleur choix aux participants. Nous avons pensé que nous pourrions ainsi donner accès à des logements situés dans d'autres quartiers qui auraient été hors de la portée des personnes qui comptent uniquement sur les allocations de logement de 285 dollars fournies par la province du Manitoba.⁶

L'utilisation de suppléments au loyer a permis aux équipes de service d'avoir accès à des logements privés dont le coût de location se rapprochait davantage du loyer moyen d'un peu plus de 600 dollars par mois au début du projet en 2009. Cependant, les loyers sont également passés à plus de 700 dollars avant la fin du projet, ce qui a rendu la situation plus difficile lors des dernières étapes (voir la figure 4). Il est important de noter que les suppléments au loyer à Winnipeg sont de 200 dollars en moyenne, ce qui signifie que le personnel en recherche de logements pouvait trouver des appartements pour environ 500 dollars par mois (allocation de logement de 285 dollars + supplément de la CSMC de 200 dollars). Il convient également de noter que des suppléments plus élevés ont été utilisés, dans certains cas, pour avoir accès à des unités supplémentaires lorsque l'offre de logements disponibles était touchée par la concurrence

Figure 4 : Loyers moyens d'un logement d'une chambre

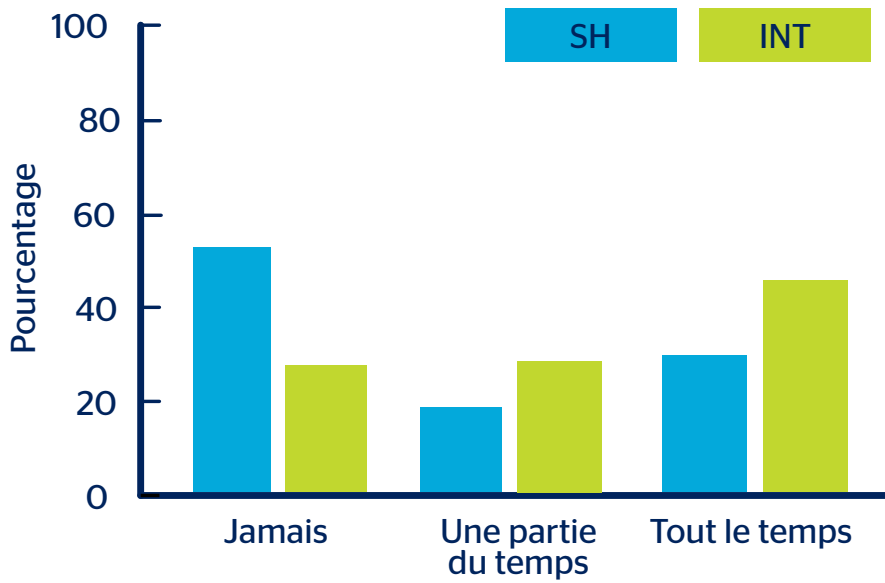


⁴ Housing Plus a été créé par le site de Winnipeg afin d'obtenir des meubles, de préparer les appartements, de coordonner l'emménagement et le déménagement des participants et de gérer les réparations et le soutien des propriétaires. Housing Plus visait à être le point central du développement des capacités à ces égards. De plus, Housing Plus a établi de solides relations avec d'autres entreprises sociales qui ont appuyé les principaux éléments du modèle de fourniture de logements.

⁵ Manitoba Green Retrofit (MGR) a été fondée par le site de Winnipeg pour faciliter les réparations et l'entretien des appartements, y compris le traitement des punaises de lit.

⁶ Les montants des allocations de logement sont déterminés par le Programme d'aide à l'emploi et au revenu (PAER) du Manitoba. Il est possible de consulter ces montants au <http://www.gov.mb.ca/ctt/eia/index.fr.html>

Figure 5 : Temps passé dans les logements – Six derniers mois du projet (groupes d'intervention et groupes témoins de Winnipeg)



féroce, surtout lorsque les taux d'inoccupation sont passés sous la barre de 1 p. 100. Cette conjoncture a également augmenté le temps nécessaire aux participants pour trouver un logement, alors que le personnel en recherche de logements passait un temps considérable à chercher des unités. Pendant la période du projet, de nombreuses stratégies locales ont été créées pour accélérer le processus de recherche d'appartements, notamment l'organisation de réunions hebdomadaires pour échanger des renseignements et partager le travail entre les trois équipes afin d'attribuer les logements le plus efficacement possible.

Malgré la conjoncture difficile des marchés, le site de Winnipeg a été en mesure de fournir diverses options de logement aux participants des groupes d'intervention dans divers quartiers et lieux. Au 31 mars 2013, la répartition des logements offrait une bonne diversité d'endroits à l'intention des participants (voir la carte de l'annexe 5).

Il était important d'offrir un vaste choix d'emplacements et des unités de bonne qualité afin de favoriser la stabilité d'occupation en général. Afin d'étudier cet aspect plus en détail, les membres de l'équipe nationale de la recherche, y compris un chercheur principal de Winnipeg, ont élaboré et mis à l'essai une échelle mesurant la qualité du logement du point de vue d'un observateur. Celle-ci visait à comparer de façon systématique et objective la qualité des logements des groupes d'intervention et des groupes témoins, ainsi que la qualité des logements d'un site à l'autre, puisque des recherches précédentes avaient indiqué un lien entre la qualité du logement et la santé mentale. L'échelle mesurant la qualité du logement du point de vue d'un observateur était axée sur la qualité globale des logements (l'unité de

logement, l'immeuble et le quartier), qui a été mesurée au moyen d'évaluations normalisées par notre équipe de recherche sur le terrain.

Deux membres formés de l'équipe de recherche ont évalué de façon indépendante la perception de la qualité du logement d'un échantillon aléatoire de 84 participants de Winnipeg. Malgré la conjoncture du marché de Winnipeg, les résidences fournies aux participants des groupes d'intervention dans le cadre du projet présentaient une qualité moyenne semblable, moins variable et plus uniforme, que les logements que les participants des groupes témoins ont trouvés eux-mêmes ou ont obtenus dans le cadre d'autres

programmes et services de logement (pour les personnes hébergées pendant au moins deux mois au cours de la période du projet). Il s'agit d'une conclusion importante car un logement sécuritaire, abordable et de qualité est considéré comme un élément essentiel à la stabilité d'occupation. Cette conclusion a également confirmé que les fonds publics consentis en suppléments au logement n'étaient pas investis dans des immeubles malsains et non conformes aux normes.

Temps passé dans les logements

Malgré le marché locatif complexe de Winnipeg, nous avons observé des résultats positifs en matière de logement. Au cours des six derniers mois du projet, 45 p. 100 des participants des groupes d'intervention ont été logés en tout temps, 28 p. 100, une partie du temps et 27 p. 100, en aucun temps. En revanche, 29 p. 100 des participants des groupes témoins ont été logés en tout temps, 18 p. 100, une partie du temps et 52 p. 100, en aucun temps (voir la figure 5 et le Tableau 4). En examinant la figure ci-dessous, il est important de souligner l'écart important entre les groupes d'intervention et les groupes témoins au chapitre du pourcentage de participants logés en aucun temps.

Tandis que la majorité des participants des groupes d'intervention ont été logés au moins une partie du temps, si ce n'est pas en tout temps, certains sont retournés dans un refuge en raison d'un éventail de facteurs comme des incidents menant à une expulsion, une incarcération discontinue ou une absence de communication avec leur équipe de service

Tableau 4 : Comparaison de la stabilité d'occupation de tous les groupes de Winnipeg

ÉQUIPE DE SERVICE	Aucune occupation stable d'un logement pourcentage des participants	Occupation relativement stable d'un logement pourcentage des participants	Occupation stable d'un logement en tout temps pourcentage des participants
WiCheWin			
Besoins modérés, AU, groupe d'intervention avec SIV (n=53)	30	36	34
Besoins modérés, non AU, groupe d'intervention avec SIV (n=40)	20	18	63
NiApin			
Besoins modérés, AU, groupe d'intervention avec SIV - AU (n=72)	26	24	50
Wiisocaotatiwin (ACT)			
Besoins élevés, groupe d'intervention avec SIM (n=82)	28	28	40
SH - tous			
Groupe témoin ayant des besoins élevés (n=73)	55	19	26
Groupe témoin AU ayant des besoins modérés (n=66)	55	21	24
Groupe témoin non AU ayant des besoins modérés (n=35)	43	11	46

« Quand je suis déménagé, je me suis demandé si le logement était bien à moi. Ce n'est pas mon logement. Ce n'est pas ma place ici. Je ne l'ai pas mérité... Eh bien, quand on travaille pour obtenir quelque chose, on se sent beaucoup mieux... Mais ensuite, j'ai commencé à me sentir chez moi. Pendant les premiers mois, ce n'est pas ce que je croyais, mais maintenant oui. J'espère bien. »

du projet Chez Soi. Pour certains participants, il s'agissait d'une source de frustration, tandis que d'autres semblaient satisfaits de leur situation et avaient bon espoir de retrouver un logement prochainement. En revanche, de 26 à 46 p. 100 des participants des groupes témoins ont aussi été logés pendant l'ensemble de la période du projet en recevant l'aide d'un travailleur communautaire en santé mentale ou travailleur social, d'un conjoint ou d'un parent. *« [membre du personnel], qui travaillait à la Mission [a], a passé beaucoup de temps à tenter de nous trouver un endroit. Au bout du compte, nous avons eu ce logement. Ce n'est pas le plus beau, mais c'est chez moi. C'est un appartement d'une seule chambre. »* (Membre d'un groupe témoin ayant des besoins élevés)

Au départ, de nombreux participants ont eu de la difficulté à conserver un logement à occupation stable, car ils ont dû surmonter certaines difficultés, par exemple : apprendre à vivre entre quatre murs, interagir avec leurs voisins et leurs amis, s'acquitter de leurs responsabilités de locataires, gérer leur problème de consommation de substances psychotropes et mettre fin à des relations malsaines. Pendant les entrevues sur l'expérience personnelle qui ont été menées auprès d'un sous-échantillon représentatif de 45 participants, certains participants des groupes d'intervention se sont montrés perplexes et hésitants à l'égard du logement qu'ils avaient reçu dans le cadre du projet Chez Soi lorsqu'ils sont déménagés dans leur appartement. Un jeune homme ne croyait pas qu'il s'agissait de la réalité et s'inquiétait du moment où on lui retirerait son logement. *« Quand je suis déménagé, je me suis demandé si le logement était bien à moi. Ce n'est pas mon logement. Ce n'est pas ma place ici. Je ne l'ai pas mérité... Eh bien, quand on travaille pour obtenir quelque chose, on se sent beaucoup mieux... Mais ensuite, j'ai commencé à me sentir chez moi. Pendant les premiers mois, ce n'est pas ce que je croyais, mais maintenant oui. J'espère bien. »*

Cependant, d'autres participants des groupes d'intervention ont affirmé avoir découvert (par essais et erreurs, expulsions fréquentes ou

déménagements) les types de logement, les quartiers et les frontières interpersonnelles qui leur convenaient le mieux afin de conserver leur logement à occupation stable. Une jeune femme d'un groupe d'intervention a souligné qu'elle a essayé très souvent de maintenir un logement à occupation stable fourni dans le cadre du projet, mais sans succès. Ainsi, elle a trouvé un logement dans une maison d'hébergement, qui semblait mieux lui convenir à cette étape de son cheminement, car elle a conservé ce logement pendant trois mois, un record pour elle. D'autres ont constaté, après un moment, que le fait d'accueillir certaines personnes dans leur appartement entraînait des résultats indésirables comme une expulsion parce qu'ils avaient fait la fête, fait trop de bruit ou endommagé leur unité. Pour quelques participants des groupes d'intervention, même s'ils ont continué de déménager plusieurs fois par année, la raison de leurs déménagements a changé. Au lieu de déménager pour fuir la violence de leur conjoint ou d'autres personnes, ils ont signalé que leurs déménagements fréquents étaient attribuables aux restrictions

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Résultats relatifs à l'utilisation des services (selon le programme) et aux coûts

Des améliorations au chapitre de la compréhension et de la gestion des problèmes de santé mentale ont été constatées lors des entrevues de suivi sur l'expérience personnelle qui ont été menées auprès d'un sous-échantillon représentatif de participants des groupes d'intervention et de quelques participants des groupes témoins qui ont réussi à établir un lien avec un travailleur en santé mentale. Beaucoup de participants des groupes d'intervention ont indiqué qu'ils consultaient désormais un psychiatre ou un psychologue qui leur a donné l'occasion de tenir des discussions au sujet de leur maladie, de leurs médicaments ou de leur thérapie.

Certains participants des groupes d'intervention ont également parlé de l'accès au soutien de la part d'omnipraticiens ou de psychiatres qui communiquent avec leur équipe de service du projet Chez Soi ou leur organisme d'attache de la région pour combler leurs besoins de santé mentale et physique.

« Je vois la docteure [nom de l'omnipraticien] dans l'immeuble ici. C'est mon médecin. Peu importe ce qui arrive... je vais la voir, parfois pour passer des examens mensuels, ou quand j'oublie de renouveler mes ordonnances de médicaments, quand elle m'envoie faire une analyse de sang ou quand il se passe quelque chose. »

« C'est le docteur [psychiatre] de l'équipe de SIM qui me donne mes médicaments. Il me donne des médicaments pour traiter mon anxiété et ma dépression. »

En revanche, beaucoup de participants des groupes témoins et peu de participants des groupes d'intervention souffraient encore de problèmes de santé mentale lors de leurs entrevues de suivi et n'avaient constaté aucun changement, ni obtenu ou cherché à obtenir un traitement supplémentaire à cet égard.

Certains participants ont eu l'idée de rechercher des services professionnels de soutien en santé mentale seulement une fois qu'ils ont obtenu un logement à occupation stable et établi des relations de soutien, qu'il s'agisse de relations personnelles ou avec un travailleur de l'équipe du projet Chez Soi. Lors d'une entrevue de suivi, un participant d'un groupe d'intervention a indiqué : *« Je ne suis pas encore allé voir un thérapeute ou psychiatre (peu importe comment on les appelle, je pense qu'ils font tous le même travail), mais j'aimerais parler à un professionnel pour obtenir un diagnostic professionnel. »*

Il se pourrait que les participants n'aient plus besoin d'utiliser les services d'urgence une fois qu'ils ont un logement et une équipe de soutien. Cependant, les réponses d'un participant d'un groupe d'intervention aux questions concernant l'utilisation des services hors de son équipe de SIM du projet Chez Soi indiquent que les participants pourraient continuer d'utiliser ces services, du moins à court terme, en raison du soutien qu'ils avaient reçu et des relations qu'ils avaient établies précédemment, lorsqu'ils vivaient dans la rue. L'extrait suivant de l'entrevue l'illustre bien :

Observateur : En ce qui concerne les services de soutien clinique ou les traitements à l'hôpital autres que ceux fournis par l'équipe de SIM? As-tu déjà...

Participant : Je vais à l'urgence quand j'ai besoin de médicaments ou d'autre chose du genre. Je vais à l'urgence du Health Science Centre. Je vais là-bas pour obtenir des médicaments. On me donne des T3 pour mon pouce.

Observateur : As-tu une idée du nombre de fois où tu es allé à l'urgence du HSC au cours de la dernière année ou dernière année et demie?

Participant : Assez souvent, oui. Disons que la travailleuse sociale me connaît. Chaque fois que j'y vais, elle est là. Elle vient me parler et me demande comment je vais. Elle m'aide beaucoup quand je vais là-bas. Elle m'aide à naviguer dans le système à l'hôpital.

Observateur : Tu as dit que tu te rendais là-bas. Je me demande quelles sont les raisons qui me motivent à y aller [à l'urgence du Health Sciences Centre]. Tu as dit que tu voulais des T3 pour ton pouce...

Participant : Oui, pour obtenir des médicaments, ou aussi si je n'ai nulle part où aller, juste pour quitter la rue. Je vais m'asseoir dans la salle d'attente et je regarde la télévision. Toute la nuit juste pour être à l'intérieur quand il fait froid.

Observateur : D'accord. Est-ce que tu as fait cela même depuis que tu fais partie de l'équipe de SIM?

Participant : Oui, oui. J'ai fait cela même depuis que je fais partie de l'équipe de SIM.

Résultats relatifs aux coûts

Aux fins des résultats relatifs à l'utilisation des services et aux coûts, les participants comprennent tous les groupes d'intervention avec SIV - mixte, SIV - AU ou avec SIM et les groupes témoins ayant reçu les services habituels à Winnipeg (n=513). Nous avons évalué l'incidence économique des programmes accordant la priorité au logement en tenant compte de tous les coûts pour la société. L'intervention avec logement coûte en moyenne annuellement 18 840 dollars par personne pour les participants qui ont des besoins élevés et 12 552 dollars par personne pour ceux qui ont des besoins modérés. Ce montant englobe la rémunération du personnel de première ligne et de leurs superviseurs, les autres dépenses du projet comme les déplacements, les loyers, les services publics, etc., ainsi que les suppléments au loyer fournis par la subvention de la CSMC. L'intervention auprès des participants qui ont des besoins élevés est plus coûteuse principalement en raison du ratio personnel-participant plus élevé. Au cours de la période de deux ans suivant le début du projet, nous avons comparé les coûts des services pour les participants des groupes d'intervention et ceux pour les participants des groupes témoins. Nous avons donc constaté que le fait de recevoir des services dans le cadre du projet a permis une réduction moyenne de 17 527 dollars des coûts des services pour les participants qui ont des besoins élevés et de 4 838 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ainsi, chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention

...chaque tranche de 10 dollars investie dans les services offerts aux groupes d'intervention a permis de réaliser des économies moyennes de 9,30 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 3,85 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés.

a permis de réaliser des économies moyennes de 9,30 dollars pour les participants qui ont des besoins élevés et de 3,85 dollars pour les participants qui ont des besoins modérés. Ces économies nettes s'expliquent par une réduction des coûts pour certains services et par une augmentation des coûts pour d'autres. Pour les participants qui ont des besoins élevés, nous avons observé une réduction des coûts pour les hospitalisations dans une unité médicale d'hôpitaux généraux (7 056 dollars par personne par année), les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques (4 181 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé communautaire ou chez d'autres pourvoyeurs de services communautaires (3 752 dollars par personne par année), l'incarcération en pénitencier ou en prison (2 282 dollars par personne par année), les consultations externes (1 417 dollars par personne par année), l'occupation de logements de transition (1 203 dollars par personne par année) et le traitement de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 067 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des visites aux centres de jour (1 816 dollars par personne par année). Pour les participants qui ont des besoins modérés, nous avons observé une réduction des coûts pour les hospitalisations dans une unité médicale d'hôpitaux généraux (3 321 dollars par personne par année), l'occupation de logements de transition (1 720 dollars par personne par année), les consultations dans les centres de santé communautaire ou chez d'autres pourvoyeurs communautaires (1 296 dollars par personne par année) et le traitement de la toxicomanie ou les programmes de traitement en établissement (1 184 dollars par personne par année). Parallèlement, nous avons constaté l'augmentation d'un coût en particulier, soit celui des hospitalisations en milieu psychiatrique (3 161 dollars par personne par année). Toutes les autres réductions et augmentations étaient inférieures à 1 000 dollars par personne par année. Il est important de noter que même si la mise en œuvre du modèle Logement d'abord entraîne des coûts supplémentaires, qui s'ajoutent à l'utilisation des services publics, beaucoup de participants des groupes d'intervention vivaient dans un logement de façon stable au cours de l'étude, tandis que les participants des groupes témoins utilisaient des services semblables, mais vivaient encore l'expérience de l'itinérance. Il est également important de souligner que les analyses des changements relatifs à l'utilisation des services qui figurent dans le présent rapport sont fondées sur l'autodéclaration des participants.

...les personnes qui se sont stabilisées au cours de la période de 18 mois ont parlé du fait d'obtenir un revenu régulier à l'aide du Programme d'aide à l'emploi et au revenu (PAER), grâce à leur travailleur du projet Chez Soi. Certains participants des groupes d'intervention avaient acquis de nouvelles connaissances en matière d'établissement du budget et apprenaient comment gérer leurs finances de façon plus efficace.

Puisqu'il peut s'avérer complexe et parfois imprécis de se fier à des souvenirs, des renseignements supplémentaires fondés sur une analyse des données administratives sur la santé et la justice seront publiés en 2014.

Pendant les entrevues sur l'expérience personnelle qui ont été menées auprès d'un sous-échantillon représentatif de participants, les personnes qui se sont stabilisées au cours de la période de 18 mois ont parlé du fait d'obtenir un revenu régulier à l'aide du Programme d'aide à l'emploi et au revenu (PAER), grâce à leur travailleur du projet Chez Soi. Certains participants des groupes d'intervention avaient acquis de nouvelles connaissances en matière d'établissement du budget et apprenaient comment gérer leurs finances de façon plus efficace. Ils ont également souligné que leur revenu régulier les avait aidés à améliorer leurs habitudes en matière d'alimentation et d'hygiène personnelle, puisqu'ils pouvaient désormais acheter de la nourriture et des produits. D'autres ont exprimé avec fierté que leur revenu avait en fait diminué depuis qu'ils étaient logés dans le cadre du projet Chez Soi, car ils ne s'adonnaient plus à des activités illégales, notamment la prostitution et la revente de drogues.

Les changements touchant la stabilité ou la situation financière d'un sous-échantillon représentatif de participants des groupes témoins semblaient dépendre du niveau de soutien de ceux-ci et de leur prise de conscience de leurs habitudes de dépenses. Par exemple, un participant d'un groupe témoin s'est rendu compte qu'il serait mieux de recevoir de l'aide au revenu chaque semaine, tandis qu'un autre s'est montré frustré de se sentir continuellement vulnérable.

« Cela a changé un peu. Avant, je recevais le montant complet toutes les deux semaines, mais maintenant je reçois de l'argent toutes les semaines. C'est réglé comme ça. C'est parce que je dépensais mon argent sans réfléchir. Je me gavais de nourriture et j'allais souvent au cinéma.. Mais j'ai pris les dispositions pour avoir de l'argent dans mes poches.. Et j'ai demandé à mon travailleur du PAER de recevoir une carte d'autobus à la place. C'est comme de l'argent, mais la carte m'aidera beaucoup. »

« Non, j'imagine c'est la même chose. Je ne sais pas, les gens me demandent des choses et je leur donne sans savoir. Je donne toujours et je ne reçois rien. »

CHAPITRE 6

RÉSULTATS RELATIFS À LA SANTÉ ET À LA SOCIÉTÉ

Fonctionnement social et qualité de vie

De nombreuses évaluations des résultats relatifs à la santé et à la société (autodéclarées et évaluées du point de vue d'un observateur) ont été recueillies pendant la période du projet. On a demandé aux participants de faire rapport de leur qualité de vie, tandis que des membres formés de l'équipe de recherche faisaient des observations objectives quant au fonctionnement social des participants. Dans l'ensemble, le fonctionnement social s'est amélioré de façon importante au cours de la période du projet dans tous les groupes d'intervention, par rapport aux groupes témoins. De plus, nous avons observé une amélioration considérable du fonctionnement social général sur l'ensemble de la période du projet chez les participants autochtones du groupe d'intervention avec SIV - AU, par rapport aux participants autochtones du groupe d'intervention avec SIV - mixte et des groupes témoins. Aucune différence au chapitre du fonctionnement social n'a été constatée entre le groupe d'intervention avec SIM ayant des besoins élevés et le groupe témoin ayant des besoins élevés, ni au cours de la période du projet, ni lors de l'entrevue finale de suivi. De plus, la qualité de vie déclarée par les participants a affiché une hausse considérable lors du dernier suivi des participants non autochtones du groupe d'intervention avec SIV, par rapport aux participants non autochtones du groupe témoin. Aucune différence n'a été constatée à ces égards entre le groupe d'intervention avec SIM et le groupe témoin à besoins élevés.

De plus, les membres d'un sous-groupe représentatif de participants ayant partagé leur histoire ont indiqué qu'un logement convenable et une relation de confiance avec un travailleur du projet Chez Soi (ou autre) leur avaient permis de maîtriser leurs relations sociales, de rétablir d'anciennes relations positives, notamment avec leurs enfants et leur famille, et de commencer à établir de nouvelles relations.

Quelque 18 mois après le début du projet, les participants qui ont pris part à des entrevues qualitatives, surtout dans les groupes d'intervention, ont dit avoir vécu des changements relativement importants dans leur vie quotidienne. Ceux-ci peuvent se définir comme suit : « arrêter d'être en mode survie » et se sentir plus calme et en sécurité; établir une routine quotidienne normale moins dominée par la toxicomanie ou la maladie; songer davantage à l'avenir (pour certains); et maîtriser les interactions sociales quotidiennes.

Arrêter d'être en mode survie

Lorsque les participants ont été recrutés au départ, ils avaient de la difficulté à répondre à leurs besoins de base nécessaires à la survie, à savoir rester au chaud, se procurer suffisamment de nourriture ou assurer leur sécurité physique. Comme l'a dit l'un des participants : « *Il y a des hauts et des bas. Certains jours, je n'ai pas de nourriture et je bois seulement de l'eau. Je ne fais que tenter de survivre jusqu'au lendemain.* » Quelque 18 mois après le début du projet, les participants logés ont donné leurs impressions sur le moment où ils ont arrêté d'être en mode survie au quotidien. Ils ont mentionné que le fait de ne pas se préoccuper de leur survie et de ne plus « *passer d'une place à l'autre* » constamment indiquait que leur vie devenait « *plus calme et sécuritaire* ». Par exemple, une personne d'un groupe d'intervention a mentionné à quel point il était agréable de rentrer chez soi, « *au lieu de marcher dans tous les sens, d'aller sous un pont à -40 °C et de manger ce qui se trouve dans les poubelles* ». Un autre participant d'un groupe d'intervention a décrit le changement comme suit : « *Lorsque vous êtes dans la rue, vous êtes relativement toujours en mode survie... [Maintenant]... je ne me préoccupe plus de toute autre chose, sauf de l'émission de télévision que je vais regarder en après-midi.* »

Établir une routine quotidienne plus normale

Lors de la première entrevue sur l'expérience personnelle, beaucoup de participants ont déclaré que leur vie était dominée par la toxicomanie (c.-à-d. qu'ils se préoccupaient d'obtenir de la drogue ou l'argent nécessaire pour s'en procurer). D'autres ont mentionné que leur routine quotidienne était dérangée par des problèmes de santé mentale, notamment une humeur changeante ou des symptômes de maladie mentale. Par exemple, un participant du groupe d'intervention avec SIM a raconté son expérience de troubles psychologiques, soit qu'il « *ne tenait pas en place et souffrait de crises de panique...* ». Après 18 mois, les participants logés sont devenus moins préoccupés par leur toxicomanie ou leur santé mentale. Le même participant a également dit : « *Je ressens beaucoup moins d'anxiété... tandis que j'étais toujours anxieux dans la rue.* » Un autre participant d'un groupe d'intervention, qui était toujours aux prises avec un grave problème d'alcoolisme, a mentionné qu'il « *buvait plus souvent du café* » au lieu d'alcool. En étant moins préoccupés par leur survie et leur toxicomanie, les participants ont pu établir « *une routine adéquate* » qui était plus normale. Comme l'a mentionné un participant du groupe d'intervention avec SIV - AU :

« *Si j'ai quelque chose à faire tôt le matin, je me lève. La plupart du temps, je ne fais que regarder quelques-unes de mes émissions de télévision préférées le matin... et je m'active vers midi... Parfois, je vais dans le centre-ville... et je déjeune au restaurant... Je suis en train de devenir un client régulier là-bas aussi... Ici, je recommence à avoir une vie normale... Lentement, mais sûrement.* »

Liens ou rétablissement des liens sociaux et culturels

Relations

Pendant les entrevues qualitatives menées tout juste après le recrutement auprès d'un sous-échantillon représentatif, l'un des principaux thèmes émergents était l'absence de liens avec la famille et les amis (c.-à-c. une perte de contact) et le rejet de la famille (c.-à-d. couper les ponts), ainsi que la perte de liens importants. Cependant, beaucoup de participants ont manifesté leur volonté de corriger et de rétablir ces relations et d'établir de nouveaux types de relations, en plus de vouloir avoir une vie « normale ».

Lors des entrevues qualitatives de suivi après 18 mois, un thème récurrent était l'importance du rétablissement des relations positives, ce qui aide les participants des groupes d'intervention et certains participants des groupes témoins à « se remettre sur pied » et à acquérir un sentiment d'appartenance. Ces relations ont été établies avec diverses personnes, notamment les travailleurs de l'équipe de service du projet Chez Soi, les conjoints, des organismes communautaires, des travailleurs en santé mentale, etc. Dans l'ensemble, les entrevues de suivi sur l'expérience personnelle des participants des groupes d'intervention ont permis de constater des changements plus positifs que les changements vécus par les participants des groupes témoins.

Maîtriser les interactions sociales

Lors des entrevues menées tout juste après le début du projet, les participants ont mentionné que leur vie quotidienne était souvent assombrie par les problèmes d'autres personnes de la rue ou de personnes qui vivaient à proximité d'eux dans un refuge ou une maison d'hébergement. Après 18 mois, cette situation avait changé, surtout chez les personnes qui avaient trouvé un logement convenable (dans les groupes témoins et les groupes d'intervention), ce qui leur a permis de maîtriser davantage leurs interactions sociales, car « il n'y a personne qui frappe à votre porte ou qui crie dans le couloir ». Un autre problème déclaré par les participants lors des entrevues initiales était le faible nombre d'occasions d'interactions sociales sans consommation de drogue ou d'alcool. Comme l'a dit l'un des participants : « Vous êtes pratiquement obligés de boire pour fréquenter des personnes qui connaissent un endroit qui vous est familier où se réunir, surtout en hiver. » Après 18 mois, les participants des groupes d'intervention ont indiqué qu'ils « ne craignaient plus qu'une personne arrive avec une bouteille à la main », qu'ils seraient tentés de consommer. Dans l'ensemble, leurs commentaires indiquaient que leur logement leur a réellement permis de maîtriser leurs interactions sociales et de faire des choix à cet égard. Cependant, certains participants des groupes d'intervention vivaient encore un isolement social et pouvaient « ramener les mauvaises personnes » à leur appartement. Après un obstacle (p. ex. la perte d'un appartement parce qu'ils avaient fait la fête), certains ont commencé à apprendre à établir des limites afin d'éviter la toxicomanie et de conserver leur logement. Comme l'a mentionné l'un des participants des groupes d'intervention : « ... je ne ramène pas toujours les bonnes personnes chez moi... au cours des six derniers mois, je pourrais dire que j'ai parlé à des gens plus positifs. »

Rétablir les liens avec sa famille ou retrouver sa culture

En raison de leurs progrès personnels, beaucoup de participants des groupes d'intervention ont commencé à rétablir ou à renforcer leurs relations avec les membres de leur famille. Par exemple, certains ont semblé avoir stabilisé ou amélioré leurs relations avec leurs parents, tandis que d'autres ont mentionné leur désir de rétablir le contact avec les membres de leur famille, de se réconcilier avec eux et d'être plus présents dans leur vie. Plusieurs participants des groupes d'intervention ont signalé

des changements importants au chapitre de leurs relations avec leurs parents et avec leurs enfants. Un homme a obtenu la garde de son jeune fils, qui vivait désormais avec lui. Un autre homme a raconté l'histoire émouvante de sa réconciliation avec sa mère.

« Je suis allé la voir [la mère du participant] un jour et j'ai craqué. Je lui ai dit que j'étais désolé de l'avoir fait souffrir et d'avoir fait souffrir toute autre personne, que je n'avais jamais eu l'intention de faire tout ce que j'ai fait... Puis, je lui ai fait un câlin et je l'ai embrassée, ce que je n'avais jamais fait auparavant. » (participant du groupe d'intervention avec SIV - AU)

D'autres, notamment certains participants des groupes d'intervention, étaient toujours rejetés par leur famille ou avaient perdu contact avec elle au cours de l'année précédente. « Il y a un certain temps que j'ai vu ma famille. » Parfois, j'oublie qu'elle existe [rires]. »

Un changement important mentionné par de nombreux participants des groupes d'intervention lors des entrevues sur l'expérience personnelle, surtout les membres du groupe autochtone d'intervention avec SIV, a été le rétablissement des liens avec des membres de leur famille dont ils étaient séparés ou avec leurs enfants « pris en charge ». Un logement a permis aux participants de se concentrer sur d'autres aspects de leur vie, notamment la santé mentale, la toxicomanie ou la guérison. Grâce au soutien des travailleurs de l'équipe du projet Chez Soi, les participants des groupes d'intervention ont accru leur stabilité et commencé à apporter des changements importants dans leur vie. Par exemple, un objectif clé de l'intervention avec logement à Winnipeg était la réunification des familles. Cet objectif a été atteint par un certain nombre de participants de chacun des groupes d'intervention. Grâce au soutien des équipes de service du projet Chez Soi, certains participants ont rétabli leurs relations avec leurs parents et enfants, beaucoup de participants ont passé plus de temps à visiter leurs enfants pris en charge, des nouveaux-nés sont rentrés à la maison avec leur mère et plusieurs participants qui sont des parents ont été en mesure de retrouver la garde de leurs enfants pris en charge (Services à l'enfant et à la famille [SEF]) en raison de leur logement à occupation stable et des changements positifs qu'ils ont apportés dans leur vie. Ces étapes déterminantes sont particulièrement pertinentes, car près de la moitié des participants de Winnipeg étaient des parents au moment de leur recrutement, mais ne prenaient pas soin de leurs enfants à ce moment. Le fait de rétablir des liens et de retrouver la garde des enfants auprès des SEF a également des répercussions importantes sur les économies de coûts dans ce système.

En outre, dans le cadre de leur processus de guérison depuis le début du projet Chez Soi, les participants des groupes d'intervention autochtones et non autochtones avec SIV ont également parlé de changements au chapitre de leurs relations ou de nouvelles connaissances concernant leur culture autochtone, souvent acquises avec l'aide de ressources comme les aînés, auxquels ils ont eu accès par l'intermédiaire de leur équipe de service Chez Soi. Tandis que toutes les équipes de Winnipeg ont offert des occasions de profiter d'un mentorat et de prendre part à des activités culturellement adaptées, les participants des groupes d'intervention avec SIV ont semblé mentionner cet aspect le plus souvent.

Santé mentale, toxicomanie et rétablissement

Aucune différence n'a été constatée entre les groupes pour l'ensemble des mesures relatives à l'état de santé dans le cadre du projet (y compris certaines variables concernant la santé mentale et la consommation de substances intoxicantes). Pour certaines mesures, cette situation s'explique

Grâce au soutien des travailleurs de l'équipe du projet Chez Soi, les participants des groupes d'intervention ont accru leur stabilité et commencé à apporter des changements importants dans leur vie. Par exemple, un objectif clé de l'intervention avec logement à Winnipeg était la réunification des familles.

par une amélioration semblable au sein des deux groupes. Selon nous, ce résultat pourrait découler du fait que la plupart des participants étaient en crise au début du projet, puis ont suivi le cheminement prévu de stabilisation. Ces conclusions sont détaillées dans les articles scientifiques concernant le projet que nous publierons sous peu. Les entrevues qualitatives détaillées sur l'expérience personnelle ont permis de constater les progrès de nombreux participants, surtout ceux des groupes d'intervention, au chapitre du rétablissement, de la santé mentale et de la toxicomanie. La nature des entrevues qualitatives (par rapport aux sondages quantitatifs) a peut-être permis une description plus nuancée des changements vécus par les participants au cours de la période du projet. Par exemple, bon nombre de participants ont signalé une réduction de la consommation de drogue, d'alcool et de substances intoxicantes lors des entrevues qualitatives. Une participante du groupe d'intervention avec SIV - AU a fait la remarque suivante à propos de son emploi du temps, qui a beaucoup changé au cours du projet.

Participante du groupe d'intervention : « *Je ne consomme plus de drogue. Je ne me tiens plus avec des gens de la rue. Je ne fréquente plus les gens que je fréquentais auparavant. Ils étaient nuisibles pour ma santé.* »

Observateur : C'est bien. Selon toi, pourquoi les choses ont changé?

Participante du groupe d'intervention : « *Parce que j'ai un logement et je ne veux pas le perdre.* » [rires]

De nombreux participants des groupes d'intervention ont indiqué avoir commencé à consulter des professionnels de la santé mentale et à recevoir un soutien adéquat relativement à leurs médicaments et à la gestion de leur maladie. De nombreux participants autochtones ont dit qu'ils avaient pris conscience de leurs traumatismes du passé et de leurs relations familiales, ce qui a contribué à leur rétablissement.

Des améliorations au chapitre de la compréhension et de la gestion des problèmes de santé mentale ont été constatées lors des entrevues de suivi qui ont été menées auprès des groupes d'intervention et de quelques participants des groupes témoins qui ont réussi à établir un lien avec un travailleur en santé mentale. Les participants de tous les groupes d'intervention ont mentionné qu'ils comprenaient mieux leur maladie mentale, qu'ils géraient mieux leur maladie et leurs médicaments et qu'ils présentaient moins de symptômes. Beaucoup de participants des groupes d'intervention avaient commencé à consulter un psychiatre ou un psychologue, ce qui leur a donné l'occasion de tenir des discussions au sujet de leur maladie, de leurs médicaments ou de leur thérapie. Les participants autochtones des groupes d'intervention avec SIM et SIV ont notamment dit que leurs relations positives avec les travailleurs du projet Chez Soi ont aussi favorisé leur capacité à développer des mécanismes d'adaptation utiles pour composer avec leur colère, leurs frustrations, leurs traumatismes passés et leurs relations avec les autres. En revanche, beaucoup de participants des groupes témoins et peu de participants des groupes d'intervention souffraient encore de problèmes de santé mentale et n'avaient constaté aucun changement à cet égard.

Prendre conscience de sa colère, de ses émotions et des traumatismes du passé

Un certain nombre de participants autochtones des groupes d'intervention qui ont été touchés par la « rafle des années 1960 » (Alston-O'Connor, 2010; Sinclair, 2007) ou qui ont fréquenté un pensionnat (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996), deux conséquences du colonialisme, doivent depuis bien longtemps composer avec leur colère accumulée et leur confusion. Avec l'aide de leur équipe du projet Chez Soi, du processus de vérité et de réconciliation ou de la Fondation autochtone de guérison (Commission de vérité et de réconciliation du Canada, 2012), beaucoup de participants ont pris conscience de leur colère et de leurs émotions et commencé leur parcours de guérison, notamment en rétablissant des liens avec leurs enfants ou les membres de leur famille.

Un homme du groupe d'intervention avec SIV - AU âgé de plus de 55 ans a mentionné à quel point il éprouvait de la colère lorsqu'il était enfant et avait l'habitude de se battre avec les autres garçons de son école. Il a également abordé les effets de son séjour au pensionnat. Lors de l'entrevue menée après 18 mois, il a dit qu'il avait commencé à participer à des séances de guérison avec ses enfants et qu'il apprenait à calmer sa colère du passé. « *Je suis capable de dire à mes enfants que je les aime ou de leur faire des excuses... Ce n'est jamais arrivé auparavant, vous savez. J'ai maintenant ce type de comportement. Avant, je ne pouvais pas exprimer ce type de qualités typiques d'un père et d'un vrai homme à cause de ma colère.* »

Amélioration de la confiance et de l'estime de soi

Plusieurs participants ayant reçu du soutien ont signalé une amélioration de leur confiance, de leur sentiment d'utilité et de leur estime de soi. Plusieurs participants des groupes d'intervention ont déclaré avoir désormais l'impression qu'ils peuvent s'exprimer, qu'on les écoute et qu'on reconnaît leur valeur. Une femme dans la mi-quarantaine a affirmé : « *Je me sens plus en sécurité. J'ai maintenant l'impression qu'on m'écoute, que je ne suis pas seulement un numéro.* » Dans le même ordre d'idées, un homme d'âge moyen a raconté : « *Je suis en train d'apprendre que je peux m'exprimer et de découvrir comment le faire.* »

Un père de trois enfants a indiqué que le fait de retrouver son rôle parental et d'obtenir la garde de son fils le plus jeune, âgé de quatre ans, lui avait donné du courage et de la détermination et favorisait sa confiance. « *Mon fils me motive à poursuivre mes efforts, et ce programme aussi.* » (participant du groupe d'intervention avec SIV - AU)

Une femme qui avait été adoptée lorsqu'elle était enfant dans le cadre de la « rafle des années 1960 » a mentionné que son travailleur social du projet Chez Soi l'avait aidée à bâtir son estime de soi. « *Il m'a aussi aidée à réaliser que je suis humaine et qu'il est correct de faire des erreurs. L'important, c'est d'apprendre de nos erreurs et de ne pas les répéter.* » (participant du groupe d'intervention avec SIV - AU)

Problèmes continus de santé mentale et de toxicomanie

Certains participants, surtout ceux des groupes témoins ou ceux du groupe d'intervention qui n'avaient pas été en mesure de trouver ou de conserver un logement convenable ou d'établir des relations de soutien, ont peiné à garder la motivation nécessaire pour apporter des changements à leur vie et passer à une prochaine étape. Cette situation pourrait être attribuable à des problèmes de santé mentale non réglés (comme la dépression) ou à une certaine difficulté à couper les ponts avec leur environnement social qui, selon eux, contribue à leur toxicomanie. C'est particulièrement le cas des participants du groupe témoin ou de ceux du groupe d'intervention qui n'ont pas été en mesure de quitter certains quartiers, en raison des options de logement offertes, comme il a déjà été mentionné.

Dans le même ordre d'idées, certains participants, surtout issus des groupes d'intervention, ont continué de relater ou de manifester des problèmes persistants de santé mentale et une certaine difficulté à obtenir un soutien adéquat à cet égard. Certains avaient l'impression d'avoir épuisé toutes leurs options de soutien ou semblaient avoir perdu confiance à l'égard du système. Des périodes d'absence de communication, des problèmes d'accès et la perception d'un manque de soutien des services communautaires de santé mentale ont fortement contribué à ces problèmes continus pour certains participants.

« J'ai renoncé aux médecins, aux étiquettes et aux autres trucs du genre et j'ai simplement fait mes propres recherches sur les maladies qu'on m'a découvertes. Mais aussi, le problème est que j'aimerais tout savoir, parce que je sais que je souffre d'autre chose qu'on ne me dit pas... Les médecins m'ont seulement diagnostiqué un trouble de la personnalité limite, un état de stress post-traumatique et un trouble anxieux. Dans ce cas, pourquoi est-ce que j'ai des épisodes psychotiques? »

« D'habitude, si je prends un rendez-vous avec mon médecin, je ne me présente même pas. Pourquoi le faire? Le médecin ne va même pas m'écouter. Pourquoi aller le voir? »

Certains participants, même dans les groupes d'intervention, ont maintenu leurs habitudes d'itinérance et de consommation de drogue et d'alcool de longue date. Certains participants ont eu de la difficulté à s'affranchir de la vie qu'ils ont menée pendant de nombreuses années et à y apporter des changements, même avec le soutien d'une équipe de service. Un participant du groupe d'intervention avec SIV a dit : « *Il y a une partie de moi qui refuse de laisser le passé derrière. Je ne sais pas si c'est ancré en moi, je ne crois pas. Cette impression ne veut pas me quitter. Mais le chemin a été long pour me rendre ici. Je n'ai pas bu d'alcool depuis 22 ans, mais il y a presque neuf ans que je fume du pot pour mon arthrite, ou parfois juste pour me geler.* »

CHAPITRE 7

INCIDENCES SUR LES POLITIQUES

CONCLUSIONS SUR LES LEÇONS TIRÉES ET L'INCIDENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES (LOCALES ET PROVINCIALES)

Leçons tirées

Le projet Chez Soi a prouvé que le modèle Logement d'abord produit une amélioration considérable des résultats à un coût net relativement faible pour la société (surtout pour le groupe ayant des besoins élevés) et démontré les capacités croissantes de ce modèle solidement établi à Winnipeg. Comme en témoignent les hausses considérables de la stabilité d'occupation et les importantes réductions de coûts pour les grands utilisateurs de services, le projet Chez Soi a changé des vies, et continue de le faire, tout en offrant de véritables occasions de rétablissement. De plus, il convient de noter que le projet a démontré que la collaboration entre les organismes et les ministères est essentielle à l'obtention de bons résultats par les participants itinérants. Aucun organisme ne peut composer avec cette situation et ces besoins complexes s'il agit seul. Il est possible de prévenir l'itinérance en adoptant une approche adéquate, et le modèle Logement d'abord, tel qu'il a été utilisé dans le cadre du projet Chez Soi, doit s'inscrire dans une stratégie complète à long terme pour le Manitoba.

Dans le cadre du projet Chez Soi, le Manitoba s'est doté d'une infrastructure de prestation de services d'une valeur inestimable à l'intention d'une population très complexe. Jusqu'à présent, les systèmes traditionnels ont réussi de façon peu convaincante à mobiliser ces personnes. Le personnel du projet Chez Soi a été en mesure de joindre cette population vulnérable et a trouvé des moyens novateurs de gagner sa confiance. Les équipes ont adopté un système de prestation des services qui tenait compte de la culture autochtone dans le cadre des activités quotidiennes. Grâce à cette approche, les personnes ayant un savoir expérientiel ont eu une incidence durable sur le programme et participé à toutes les étapes du projet.

Pour tirer des leçons de ce projet, il est essentiel de connaître et de reconnaître les injustices du passé et les problèmes du système, ainsi que leurs effets sur la population autochtone du Manitoba. En travaillant auprès de personnes autochtones itinérantes, il faut intégrer aux services de rétablissement une vision élargie sur les plans social et historique. Les problèmes que sont le racisme, la discrimination, les obstacles systémiques et la pauvreté, les conséquences des pensionnats et l'intervention des institutions en matière de protection de l'enfance et de justice ont contribué au traumatisme de générations entières. Ainsi, les services doivent également intégrer le traitement sensibilisé aux traumatismes en raison des conséquences des pensionnats et de l'hébergement en milieu d'accueil, et de l'intervention du système. Le modèle Logement d'abord, en tenant compte des adaptations culturelles, est un moyen efficace de réduire l'itinérance au sein de la population autochtone. En offrant des services et un soutien adéquats, le modèle Logement d'abord peut changer les choses. Par exemple, beaucoup de participants ont pu stabiliser leur état et établir des liens, et ont eu l'occasion de se consacrer à des objectifs

personnels de rétablissement, de formation ou de travail et de bénévolat.

Tout en demeurant fidèle au modèle Logement d'abord, le projet Chez Soi de Winnipeg a formé un bassin de travailleurs bien formés, mobilisé des propriétaires, contribué à des recherches et à des connaissances importantes et établi un esprit de collaboration entre un large éventail de partenaires intersectoriels. De plus, Manitoba Green Retrofit est solidement établie et poursuit son travail dans le secteur sans but lucratif.

Le projet Chez Soi de Winnipeg est une histoire de réussite du Manitoba pour ce qui est de la prise en charge des problèmes chroniques de nos citoyens les plus vulnérables. Le modèle Logement d'abord a aidé les personnes itinérantes manitobaines atteintes de maladie mentale à rêver à un avenir meilleur et plus sécuritaire. Il a permis de leur fournir des logements sécuritaires, respecté leur culture et tiré parti du savoir expérientiel de Manitobains qui se consacrent à faire en sorte que leur rêve devienne réalité.

Le projet Chez Soi a établi une voie à suivre en matière de rétablissement; il a commencé au Manitoba il y a environ cinq ans, lorsque le premier Manitobain sur plus de 500 au total a été recruté pour participer à ce projet phare. Ce parcours a mené bon nombre de participants sur la voie du rétablissement en leur offrant un logement à occupation stable, un soutien adéquat et une équipe attentionnée prête à réduire l'ampleur des problèmes et des obstacles qui les ont déjà empêchés de réussir. Le projet Chez Soi a eu une incidence importante sur la vie de nombreux participants de Winnipeg, comme l'indique clairement ce commentaire touchant d'un participant :

« Maintenant que mes enfants font partie de ma vie et que [l'équipe de service du projet Chez Soi] m'a intégré au programme et m'a aidé, je suis très reconnaissant envers la personne qui a eu l'idée de créer le projet Chez Soi pour aider les personnes itinérantes. J'espère qu'on trouvera d'autres moyens de maintenir ces activités parce qu'il y a encore beaucoup de gens qui souffrent. Je les vois dans la rue... et ils ne vont pas bien. »

Un logement à occupation stable et des relations de soutien jouent ensemble un rôle essentiel à l'amélioration de nombreux résultats en matière de santé de cette population.

...il convient de noter que le projet a démontré que la collaboration entre les organismes et les ministères est essentielle à l'obtention de bons résultats par les participants itinérants. Aucun organisme ne peut composer avec cette situation et ces besoins complexes s'il agit seul. Il est possible de prévenir l'itinérance en adoptant une approche adéquate, et le modèle Logement d'abord, tel qu'il a été utilisé dans le cadre du projet Chez Soi, doit s'inscrire dans une stratégie complète à long terme pour le Manitoba.

Incidence sur les politiques et les pratiques

Le projet Chez Soi a aidé le gouvernement du Manitoba à respecter un certain nombre de priorités d'action clés visant les besoins en santé mentale et en logement, la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale, ainsi que la mobilisation des personnes autochtones. De plus, le projet Chez Soi a produit bon nombre des résultats concrets précisés dans le document intitulé *Relever le défi : Plan stratégique de promotion de la santé mentale et du bien-être de la population manitobaine*. Ce plan quinquennal vise l'inclusion sociale des personnes vivant des problèmes de santé mentale et souffrant de maladie mentale en leur donnant accès à une gamme de services visant le rétablissement. Le projet Chez Soi est parvenu à cette fin à l'aide du modèle Logement d'abord.

En ce qui concerne le logement, le projet Chez Soi a servi de complément au programme FoyersClés, le cadre stratégique et politique du Manitoba visant à réduire et à prévenir l'itinérance et à fournir un logement à occupation stable et du soutien aux personnes itinérantes (y compris celles qui souffrent de problèmes de santé mentale et de maladie mentale). De plus, la création de Manitoba Green Retrofit (MGR) et de Housing Plus a été un élément important du projet Chez Soi. MGR sera l'un des résultats durables du projet. Dans le cadre de sa participation au projet, elle a conçu d'autres services touchant le logement et les propriétaires, notamment le programme Propre-net contre les punaises de lit. Il s'agit d'une innovation propre au site de Winnipeg.

Le projet Chez Soi a également soutenu les principaux piliers de *Tout le monde à bord : Stratégie manitobaine de réduction de la pauvreté et d'inclusion sociale*. Le projet a notamment fourni des logements sécuritaires à prix abordable dans des communautés offrant du soutien, ainsi que des services accessibles et coordonnés, aux personnes dans le besoin. De plus, les leçons tirées du projet Chez Soi sont à même d'orienter les politiques et les pratiques au-delà de la simple prévention de l'itinérance. Le modèle Logement d'abord et les leçons tirées à l'échelle pangouvernementale dans le cadre du projet ont le potentiel d'orienter également les systèmes de santé, de services sociaux et de logement, ainsi que les approches en matière de traitement de la toxicomanie et de travail auprès des personnes âgées. Par exemple, les politiques futures pourraient inclure des ententes de financement souple (suppléments au logement et autres) afin d'offrir diverses options de logement et de créer des mesures incitant les propriétaires à fournir de nombreuses unités à des participants itinérants qui n'ont pas de bonnes références et de bons antécédents de crédit. Enfin, le projet Chez Soi a respecté la stratégie du Manitoba visant la mobilisation des personnes autochtones en aidant celles qui souffrent de maladie mentale à trouver un logement à occupation stable, des services de santé et un soutien social; en ayant recours à des employés de

soutien autochtones dans le cadre du modèle Logement d'abord et en leur offrant une formation à cet égard; et en utilisant une approche autochtone traditionnelle en matière de soins.

Pour que le projet Chez Soi donne des résultats durables, il faudra que les leaders du gouvernement provincial reconnaissent que le modèle Logement d'abord fonctionne bien au Manitoba car des gens d'ici ont contribué à l'adapter et à en démontrer l'efficacité en contexte manitobain. Les leçons tirées et les expériences vécues dans le cadre du projet Chez Soi de Winnipeg peuvent être communiquées à d'autres communautés et provinces et utilisées par celles-ci, surtout en ce qui concerne la mise en œuvre du modèle Logement d'abord auprès des personnes d'origine autochtone. De plus, nous avons élaboré une trousse d'outils concernant le modèle Logement d'abord qui peut aider à composer avec la situation particulière des clients autochtones.

Enfin, l'équipe de recherche de Winnipeg a reçu le financement nécessaire pour continuer le suivi des participants de Winnipeg afin d'en apprendre davantage sur les résultats à long terme du modèle Logement d'abord dans cette ville.

RÉFÉRENCES

Alston-O'Connor. (2010). The Sixties Scoop: Implications for Social Work and Social Work Education. *Critical Social Work*, 11, 53-61.

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), (2012). Canadian Housing Observer, 10th Edition [L'Observateur du logement au Canada, 10^e édition], CMHC-SCHL, Ottawa.

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), (2010; 2011; 2012; 2013). Rapports annuels sur le marché locatif de la Société canadienne d'hypothèques et de logement : Régions métropolitaines de recensement (Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver). Consulté annuellement par RMR : <http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/corp/li/index.cfm>

Institut des études urbaines (2007). *Winnipeg Community Plan Update for Homelessness*, soumis à la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance, ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences, Ottawa.

Commission royale sur les peuples autochtones (1996). *Volume 3: Gathering strength [Volume 3 : Vers un ressourcement]*, (p. 223-224). Ottawa : Auteur. Consulté le 16 décembre 2013 à l'adresse http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124060708/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sil_e.html#Volume3

Sinclair, R. (2007). Identity lost and found: Lessons from the sixties scoop. *First Peoples Child and Family Review [Revue sur l'enfance et la famille des Premiers Peuples]*, 3, 65-82.

Statistique Canada (2011). *National Household Survey Focus on Geography Series-Winnipeg. [Série « Perspective géographique » de l'ENM - Winnipeg] Demographic Characteristics of Aboriginal Peoples. [Caractéristiques démographiques des Autochtones]* Consulté le 15 novembre 2013 à l'adresse <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?lang=E&level=4&GeoCode=4611040>

The Winnipeg Street Health Report (mars 2011). Main Street Project, Winnipeg, Manitoba. Consulté le 15 décembre 2013 à l'adresse <http://www.mainstreetproject.ca/>

Commission de vérité et de réconciliation du Canada (2012). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Interim Report. [Commission de vérité et de réconciliation du Canada : Rapport intérimaire]*. Consulté le 15 novembre 2013 à l'adresse <http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=580>

ANNEXE 1

MÉTHODES

Le modèle Logement d'abord crée une culture axée sur le rétablissement qui place le choix du client ou locataire au cœur de toutes les considérations relatives à la fourniture de logements et de services de soutien. Il fonctionne en tenant compte du principe selon lequel toutes les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale devraient avoir l'occasion de vivre dans différents types de logements permanents offerts aux personnes qui ne souffrent d'aucune déficience psychiatrique ou autre incapacité, ni de toxicomanie ou d'alcoolisme. Des services intensifs d'accompagnement et d'approche permettent de déterminer et de mobiliser les participants potentiels.

Le projet Chez Soi suit le modèle d'essai clinique randomisé pragmatique sur le terrain. Par « randomisé », on entend que les participants ont été répartis au hasard dans les groupes d'intervention et les groupes témoins. Un programme informatique a été utilisé pour affecter aléatoirement les participants dans les groupes du projet, sans aucune influence de la part des chercheurs, des pourvoyeurs de services, des organismes de financement ou de toute autre personne. Par « clinique », on entend qu'un groupe témoin ou de référence n'ayant pas fait l'objet de l'intervention a été formé pour confirmer que les changements observés sont attribuables à l'intervention et non à tout autre facteur. Par « pragmatique », on entend que le projet visait des participants qui recevaient habituellement les services du modèle Logement d'abord dans la pratique courante et que les services fournis à ces derniers et au groupe témoin peuvent varier comme ce serait le cas en situation réelle. Enfin, par « essai sur le terrain », on entend que l'intervention s'est déroulée dans les établissements où les services pourraient être offerts ultérieurement, s'ils sont jugés efficaces. Selon son modèle, le projet était « multisite », c'est-à-dire qu'il se déroulait à des sites multiples, soit quatre grandes villes et une petite ville (incluant la région rurale environnante), afin d'en apprendre davantage sur la convenance et l'adaptation des programmes d'intervention aux contextes locaux (*Goering P.N., Streiner D.L. # Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e000323.full>*).

Collecte des données et nombre de participants visés par la collecte des données

Deux catégories de participants ont pris part au projet. La majorité des participants (n=513) étaient des personnes adultes itinérantes. La deuxième catégorie comprend les intervenants du projet, qui ont pris part à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet (n=40).

Personnes adultes itinérantes

Les critères d'admissibilité au projet étaient les suivants : 1) Statut d'adulte (18 ans); 2) Correspond à la définition « d'absence de logement absolue » ou de « logement précaire »; 3) Présence d'un trouble mental avec ou sans troubles concomitants liés à la consommation de substances intoxicantes. (N.B. : Aucun diagnostic officiel n'était requis au début du projet.)

Critères d'inadmissibilité : Non-respect de tout critère d'admissibilité et respect de l'une ou l'autre des conditions suivantes : 1) Incapacité de communiquer en anglais; 2) Incarcération ou placement en établissement (actuel ou imminent); 3) Refus de se conformer au protocole de recherche; 4) Incapacité de donner un consentement éclairé⁷.

Collecte des données

Des intervieweurs de l'équipe de recherche ont rencontré tous les participants (n=513) pour recueillir des données d'enquête tous les trois mois pendant les deux années suivant leur recrutement. Des participants formant un sous-ensemble représentatif (n=45) ont pris part à des entrevues sur l'expérience personnelle un mois et dix-huit mois après leur recrutement.

Intervenants du projet

Les personnes qui ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet (fournisseurs de logements et pourvoyeurs de services, chercheurs, décideurs, membres de l'équipe du projet, propriétaires) ont été invitées à participer à une entrevue individuelle, à un cercle de discussion ou à un groupe de discussion afin de déterminer les difficultés et les principaux facteurs de succès.

⁷ Dans les rares cas où les participants sont incapables de donner un consentement éclairé, l'équipe de recherche a demandé l'autorisation d'un décideur judiciaire ou d'un curateur public.

ANNEXE 1A

PRINCIPALES DÉFINITIONS

Admissibilité

Critères d'admissibilité :

- Statut d'adulte (18 ans ou plus, ou 19 ans ou plus en Colombie-Britannique)
- Situation du logement correspondant à « itinérance absolue » ou à « occupation précaire d'un logement »*
- Présence d'un trouble mental grave¹ avec ou sans trouble concomitant lié à la consommation de substances intoxicantes selon les critères du DSM-IV¹ à l'aide du questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)² au début du projet.

Critères d'inadmissibilité :

- Participant à un autre programme de SIM ou de SIV
- Aucun statut de citoyen canadien, d'immigrant admis, de réfugié ou de demandeur d'asile
- Personnes vivant une absence de logement relative*

Ampleur des besoins

Besoins élevés

Il faut :

Un score de 62 ou moins (indicateur de fonctionnement) à l'échelle de l'habileté communautaire de Multnomah (MCAS) ET

Un diagnostic actuel de trouble psychotique ou de trouble bipolaire selon le questionnaire MINI (troubles 18, 21 ou 22 du questionnaire de dépistage) ou l'observation d'un trouble psychotique au moyen de l'outil de dépistage (au moins deux des questions 6 à 10 de la section des indicateurs de diagnostic) du questionnaire de dépistage (indicateur de diagnostic) ET l'une des réponses suivantes :

- OUI (ou ne sait pas ou refuse de répondre) à la question 20 du questionnaire sur les caractéristiques démographiques, les services et l'historique de logement, ce qui correspond à au moins deux hospitalisations en raison d'une maladie mentale en un an au cours des cinq dernières années (indicateur de l'utilisation des services) OU consommation concomitante de substances intoxicantes (l'un ou l'autre des troubles 23, 24, 25 ou 26 du questionnaire de dépistage) (indicateur de consommation de substances intoxicantes) OU arrestation ou incarcération récente.
- OUI (ou ne sait pas ou refuse de répondre) à la question 22 du questionnaire sur les caractéristiques démographiques, les services et l'historique de logement (indicateur d'intervention judiciaire).

Besoins modérés

- Tous les autres participants qui ont respecté les critères d'admissibilité, mais ne respectent pas les critères ci-dessus.

Itinérance absolue/occupation précaire d'un logement*

Itinérance absolue

L'itinérance désigne la situation des personnes qui n'ont pas de refuge physique, fixe et régulier. Cette définition (conventionnelle) correspond à ce que les Nations Unies appellent l'absence de logement absolue et s'applique aux personnes vivant dans un endroit public ou privé qui ne sert généralement pas à l'hébergement d'êtres humains pour la nuit (p. ex. à l'extérieur, dans la rue, dans un parc ou sur la plage, dans une entrée d'immeuble, un véhicule stationné, un squat ou un garage) et à celles qui passent habituellement la nuit dans un lieu d'hébergement d'urgence supervisé public ou privé (refuge, centre pour itinérants, etc.)¹. En particulier, une personne itinérante se caractérise par l'absence d'un endroit fixe où dormir pendant plus de sept nuits d'affilée et par la faible probabilité d'obtenir un hébergement au cours du mois qui suit^{iv} ou par l'absence d'adresse fixe à la sortie d'un établissement de soins, d'une prison ou d'un hôpital.

Occupation précaire d'un logement

Ce terme désigne les personnes dont la résidence principale est un hôtel à chambres individuelles, une maison d'hébergement ou un motel. En outre, les personnes en situation de logement précaire doivent avoir connu au moins deux épisodes d'absence de logement absolue, selon la définition ci-dessus, pour remplir le critère d'admissibilité.

Absence de logement relative

Ce terme désigne la situation des personnes dont le logement habituel ne satisfait pas aux normes de base, par exemple : (1) personnes qui occupent un logement surpeuplé ou dangereux; (2) personnes à risque d'itinérance, comme celles qui habitent de façon non officielle ou non permanente chez des amis ou des parents (p. ex. qui partagent une chambre ou dorment sur le canapé); (3) personnes en transition (p. ex. femme et enfants qui habitent une maison de transition ou un refuge après avoir fui une situation de violence familiale); (4) personnes temporairement sans demeure (p. ex. qui ont perdu leur maison à court terme par suite d'un sinistre comme un incendie ou d'un changement de situation comme une séparation ou une perte d'emploi); (5) personnes qui résident à long terme dans un établissement.

ⁱⁱⁱ La définition d'itinérance des Nations Unies englobait à l'origine les personnes en transition vivant dans les maisons de transition et les centres pour itinérants. Le présent projet a modifié la définition de façon à exclure ce sous-groupe.

^{iv} Définition adoptée par Tolomiczenko G. et Goering P.³

^Troubles mentaux graves

Les troubles mentaux graves se définissent par le diagnostic, la durée et l'incapacité, à l'aide d'observations des sources de la recommandation, d'indicateurs de déficience fonctionnelle, du plus récent traitement psychiatrique et de la présence de diagnostics admissibles selon les résultats du questionnaire MINI (dépression majeure, épisode de manie ou de dépression, état de stress post-traumatique, trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, trouble psychotique).

Références de l'Annexe 1a

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.) [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd., texte révisé]. Washington, DC.
2. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiler E, Hergueta T, Baker R., Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 (suppl 20):22-33.
3. Gender differences in legal involvement among homeless shelter users. *Int J of Law and Psychiatry* 2001;24:583e93. Il existe des différences entre les sexes en matière d'intervention judiciaire parmi les personnes itinérantes dans les refuges.

ANNEXE 2

SOURCES ADDITIONNELLES

Adaptations culturelles du site de Winnipeg aux fins de la mise en œuvre et de l'exécution du modèle Logement d'abord

- La participation et la mobilisation des communautés et des organismes autochtones ont été intégrées à tous les échelons de la mise en œuvre, de l'exécution et de la prise de décisions relatives au projet, y compris dans l'équipe de coordination du site, les équipes de service et de soutien en matière de logement, l'équipe de recherche et les comités consultatifs.
- Winnipeg est le seul site où un comité sur la culture autochtone, composé d'aînés et d'enseignants traditionnels, a été créé. Ce comité a fourni des conseils et des commentaires relatifs à la culture à l'équipe du projet et de la CSMC.
- Un comité de personnes en situation de vécu a été créé; la majorité de ses membres étaient des participants autochtones qui ont formulé des opinions et transmis des connaissances à titre de personnes autochtones ayant un savoir expérientiel.
- Les trois équipes de service ont utilisé une approche holistique autochtone auprès des groupes d'intervention, en tenant compte des sept enseignements et (ou) de la roue médicinale.
- Tous les membres du personnel des trois équipes de service ont participé à des cérémonies culturelles et à des cercles de partage et d'enseignement avec des aînés et des enseignants traditionnels qui ont fourni des connaissances sur les perspectives et les valeurs autochtones et les approches de travail auprès des participants du projet Chez Soi.
- Les aînés et les enseignants traditionnels ont été intégrés aux services et aux programmes offerts aux participants (c.-à-d. les cérémonies, les enseignements, les fêtes, les rassemblements et les consultations individuelles).
- Le projet Chez Soi a organisé de nombreux événements à Winnipeg à l'intention des principaux groupes d'intervenants et des participants afin de promouvoir l'inclusion et l'échange des connaissances en intégrant des protocoles et des façons de faire de la culture autochtone. (Par exemple, le cercle de partage a été utilisé pour communiquer les conclusions de la recherche aux participants; des aînés ont récité une prière traditionnelle au début et à la fin des événements; des rassemblements et des cérémonies ont eu lieu à divers moments de l'année pour souligner le travail réalisé dans le cadre du projet et son succès, soit les cérémonies des points cardinaux et du calumet organisées par les aînés, l'atelier Find the Good - trouver le bien, ainsi que les fêtes saisonnières et les rassemblements à l'intention des participants.)

Lucille Bruce,

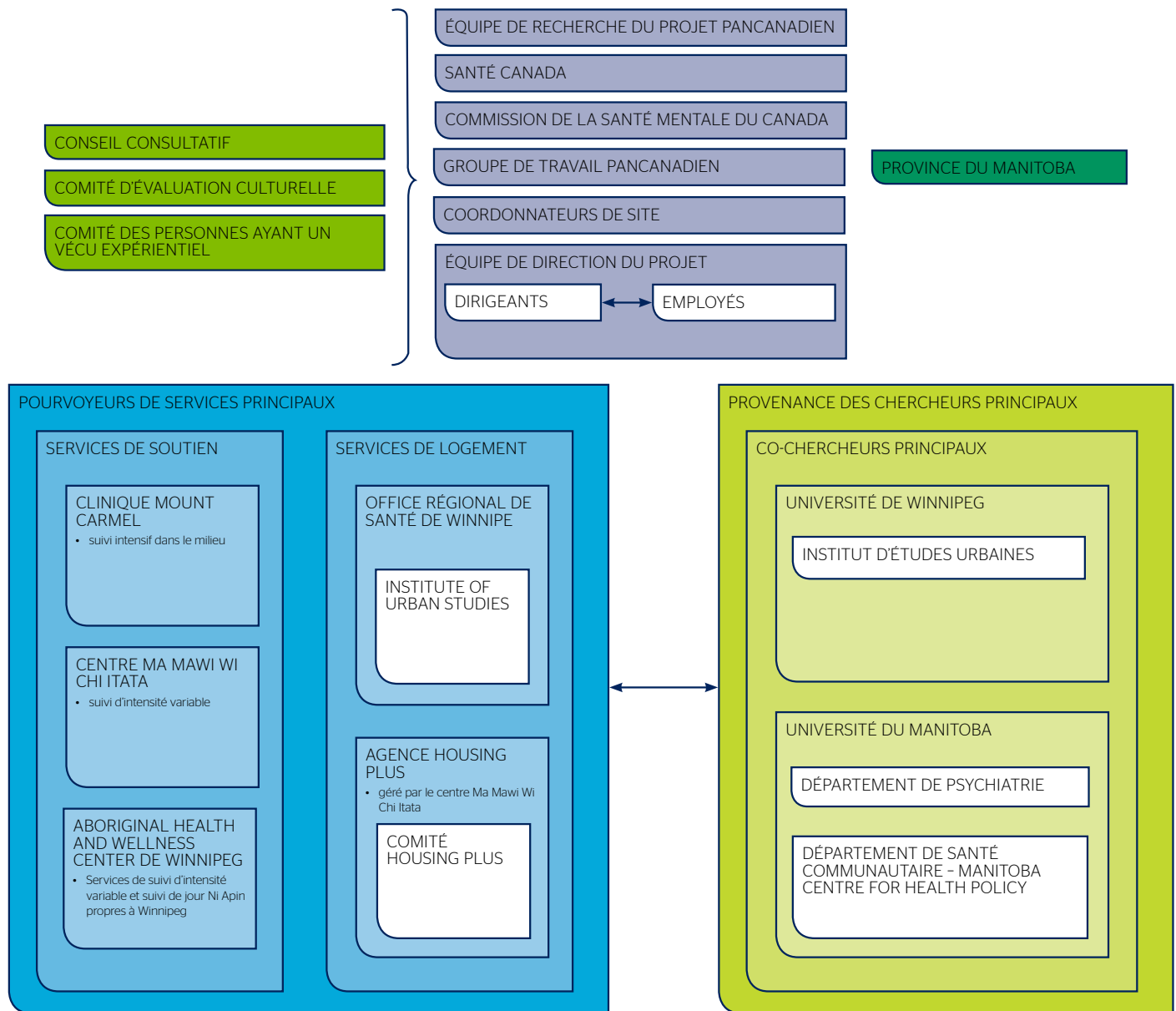
Conseillère spéciale autochtone de la CSMC pour le modèle Logement d'abord (et ancienne coordonnatrice du site de Winnipeg)

10 octobre 2013

ANNEXE 2B

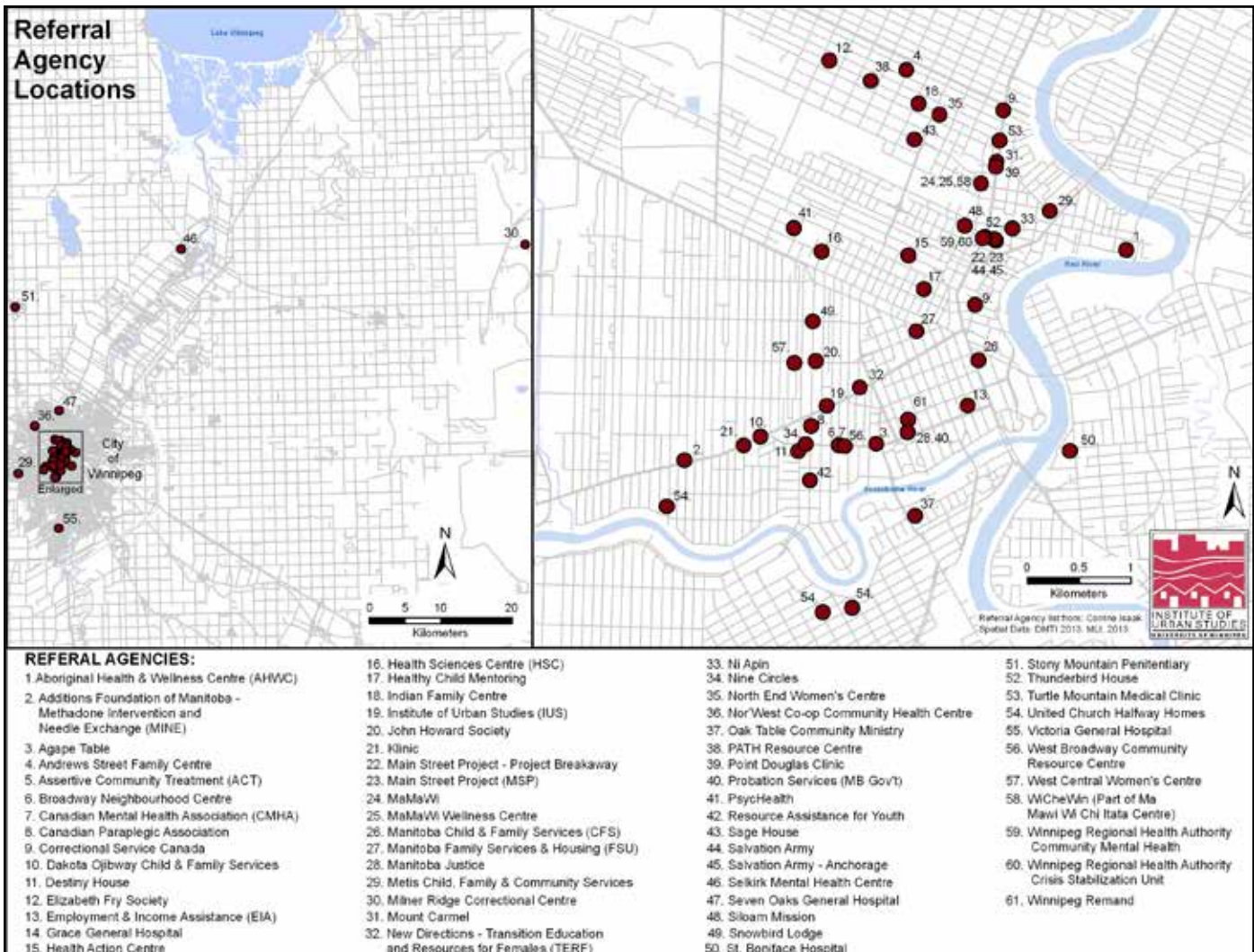
STRUCTURE DE PARTENARIAT DES PROJETS

Projets de recherche expérimentale de la CSMC



ANNEXE 3

CARTE DES EMPLACEMENTS DES SOURCES DE RECOMMANDATION



ANNEXE 4

SITUATION PASSÉE ET ACTUELLE (SITUATION PERSONNELLE ET SOCIALE, SANTÉ) – WINNIPEG*

	ÉCHANTILLON TOTAL DE WINNIPEG N=513 %	ANALYSE SIM N=199 %	ANALYSE SIV N=314 %
AMPLEUR DES BESOINS * (établie à la sélection)			
Besoins élevés	39	100	0
Besoins modérés	61	0	100
Expériences négatives durant l'enfance (questionnaire ACE)			
Score moyen	6	6	6
DÉFICIT COGNITIF			
Aide à l'apprentissage à l'école	50	52	48
Problème ou trouble d'apprentissage	33	37	30
DIAGNOSTIC À LA SÉLECTION			
Trouble psychotique	28	47	16
Problème non psychotique	86	79	90
Problèmes liés à la consommation de substances intoxicantes	77	80	76
RISQUE DE SUICIDE À LA SÉLECTION			
Modéré ou élevé	41	43	39
FONCTIONNEMENT SOCIAL À LA SÉLECTION (évaluation par les interviewers)			
Score moyen à l'échelle MCAS % (scores le plus bas et le plus élevé)	60 (37 - 78)	55 (37 - 74)	63 (37 - 78)
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE ⁶ (plus de six mois dans les cinq dernières années)	5	10	1
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE ⁶ (au moins deux fois en un an dans les cinq années précédentes)	37	54	24
TROUBLES DE SANTÉ GRAVES			
Asthme	26	32	23
Bronchite chronique ou emphysème	16	15	16
Hépatite C	20	24	18
Hépatite B	2	2	3
VIH ou sida	4	5	4
Épilepsie ou crises épileptiques	15	23	10
Maladie cardiaque	5	5	5
Diabète	12	16	9
Cancer	3	4	3
TRAUMATISMES CRÂNIENS			
Au moins une perte de conscience	83	80	84
DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE (plus d'une arrestation, détention ou probation au cours des six derniers mois)	35	41	31
TYPES DE DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE			
Détention par la police	29	40	22
Détention d'au plus 24 h dans une cellule	34	51	30
Arrestation	25	29	23
Comparution devant le tribunal	27	30	25
Participation à un programme de justice	11	15	8
VICTIMISATION			
Vol ou menace de vol	41	49	35
Menace d'agression	55	59	52
Aggression	51	55	48

	ÉCHANTILLON TOTAL DE WINNIPEG N=513 %	ANALYSE SIM N=199 %	ANALYSE SIV N=314 %
ABSENSE DE SOUTIEN SOCIAL Absence de confident	55	55	55

[#] Voir <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000323.full> pour la définition des catégories besoins élevés et besoins modérés (en anglais seulement).

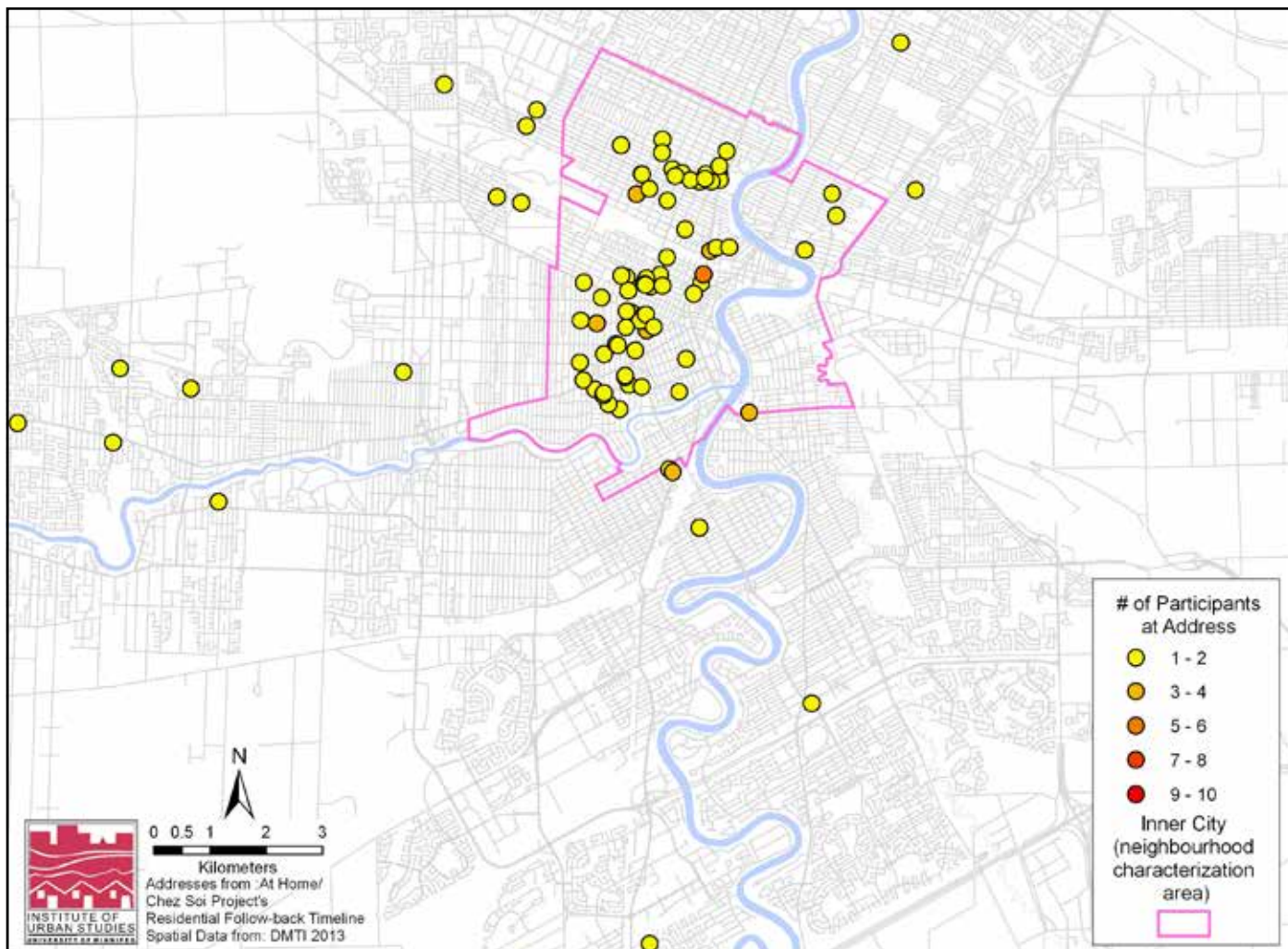
[%] Échelle de l'habileté communautaire de Multnomah : Un score élevé indique un bon fonctionnement social. Un score de 62 ou moins indique une incapacité modérée à élevée ou un fonctionnement moyen à passable. Le questionnaire porte sur les habiletés de la vie quotidienne, la gestion de l'argent, l'adaptation à l'épreuve de la maladie et l'efficacité sociale;

⁶ Il est probable que les troubles psychotiques et les hospitalisations connexes autodéclarées soient des sous-estimations en raison de la nature de la maladie.

ANNEXE 5

CARTE DES RÉSIDENCES DES PARTICIPANTS DES GROUPES D'INTERVENTION DE WINNIPEG

(mars 2013)



ANNEXE 6

ÉTUDES SECONDAIRES PROPRES AU SITE

A. Études locales

1. *A History In-Care Predicts Unique Characteristics in a Homeless Population: Findings from the Winnipeg Site Mental Health Commission of Canada Homelessness Study. Child Abuse and Neglect (sous presse) (Leslie E. Roos, Jino Distasio, Shay-Lee Bolton, Laurence Y. Katz, Tracie O. Afifi, Corinne Isaak, Paula Goering, Lucille Bruce, Jitender Sareen)*

Objectif : Tandis que de nombreuses études relatives aux personnes itinérantes ont relevé une prévalence accrue d'antécédents de placement, il existe très peu de renseignements concernant les résultats connexes ou les profils démographiques pertinents. Il s'agit de renseignements essentiels pour comprendre si certaines personnes présentent un risque élevé ou ont besoin d'une intervention spéciale. Ici, nous examinons le lien des antécédents de placement avec les caractéristiques démographiques et de nombreux résultats au sein d'une population itinérante souffrant de maladie mentale.

Méthodes : À l'aide du questionnaire MINI, du formulaire abrégé 12 et d'un questionnaire sur les traumatismes, nous avons examiné, au début du projet, les différences au chapitre des caractéristiques démographiques et de la durée de l'itinérance de la population itinérante du projet Chez Soi de Winnipeg (n=504) avec et sans antécédents de placement.

Résultats : Environ 50 p. 100 de l'échantillon de personnes itinérantes a déclaré avoir des antécédents de placement. Les membres de ce groupe étaient particulièrement susceptibles d'être jeunes, d'être des femmes, d'être mariés ou en cohabitation, d'être d'origine autochtone, d'être peu scolarisés et d'avoir une longue période totale d'itinérance. Les personnes d'origine autochtone ayant des antécédents de placement étaient particulièrement susceptibles de signaler des antécédents familiaux de fréquentation d'un pensionnat. Les personnes ayant des antécédents de placement affichaient différents taux de prévalence des troubles de l'Axe I. Elles ont également déclaré plus d'événements traumatisants (surtout de nature interpersonnelle).

Conclusions : Un profil distinctif à risque élevé a été dégagé chez les personnes ayant des antécédents de placement. Les facteurs socioculturels de la colonisation et de la transmission intergénérationnelle des traumatismes semblent revêtir une importance particulière dans le parcours des personnes d'origine autochtone. Étant donné la prévalence des antécédents de placement, les interventions et les politiques devraient tenir compte de la vulnérabilité particulière de cette population, surtout dans le cadre du traitement sensibilisé aux traumatismes.

2. DeBoer T. et coll.

Correlates of Volatile Substance Use in an Adult Homeless Sample in Winnipeg

Objectif : Examiner la prévalence de la consommation de substances intoxicantes volatiles dans un échantillon composé de personnes itinérantes et en situation de logement précaire au Canada. Étudier les caractéristiques sociodémographiques et relatives aux traumatismes et aux antécédents de fréquentation d'un pensionnat, les troubles mentaux, ainsi que les problèmes de santé physique associés à la consommation de solvants dans un échantillon de personnes adultes.

Méthode : À l'aide des données de base recueillies au site de Winnipeg, au Manitoba, du projet Chez Soi, les caractéristiques sociodémographiques, les traumatismes, les antécédents de fréquentation d'un pensionnat, les troubles mentaux de l'Axe I et les problèmes de santé physique ont été évalués par rapport à la consommation de solvants. La régression logistique multiple était la principale méthode d'analyse.

Résultats : Cinq cent quatre personnes adultes itinérantes ont été incluses à l'échantillon. La prévalence de la consommation de solvants était de 6,5 p. 100 (n=33). Les personnes ayant déclaré une consommation de solvants étaient statistiquement plus susceptibles d'être mariées ou en cohabitation avec un conjoint, d'avoir une longue période totale d'itinérance, d'avoir vécu un grand nombre d'événements traumatisants au cours de leur vie, d'avoir un père ayant fréquenté un pensionnat ou de ne pas savoir si leur père a fréquenté un pensionnat, d'avoir des troubles mentaux de l'Axe I et d'avoir des problèmes de santé physique, par rapport aux personnes qui ne consommaient pas de solvants. Les rapports de cotes statistiquement significatifs vont de 2,12 à 5,58 (P < 0,05).

Conclusions : Cette étude présente les corrélats de la consommation de substances intoxicantes volatiles au sein d'un échantillon d'adultes canadiens. Les conclusions indiquent que cette population pourrait nécessiter des services de santé plus soutenus et présenter un risque supérieur de comportement suicidaire et de mortalité, par rapport aux personnes qui ne consomment pas de solvants.

3. DeBoer T. et coll. (mémoire de maîtrise)

Constructing Hope in Challenging Spaces: Narratives by Health Professionals on Issues of Solvent Use

Le rétablissement après la toxicomanie est un processus à volets multiples qui nécessite les efforts des clients, des professionnels et de la communauté en général. Les personnes qui consomment des solvants doivent surmonter des obstacles supplémentaires au rétablissement. Cette étude examine la compréhension des professionnels ayant fourni des services à une clientèle consommant des solvants à l'égard du processus de guérison dans le cadre de leur pratique de collaboration. À l'aide d'une méthodologie narrative, des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de professionnels chargés de fournir des services axés sur le rétablissement à des personnes consommant des solvants volatils. Les histoires de ces professionnels démontrent qu'ils perçoivent leurs clients « comme tout le monde », malgré les perspectives de la culture dominante à l'égard de leurs possibilités de rétablissement. Les professionnels ont raconté des histoires qui s'opposent fermement à la culture dominante et où l'on dénote l'utilisation du « nous » pour désigner les professionnels et du « eux » pour désigner les autres. Ces histoires et leur récit sont examinés sous l'angle de l'espoir des professionnels qui fournissent des services de santé et d'hébergement.

4. Navigating aging and homelessness: A qualitative exploration of the new face (Reynolds et coll.)

Des recherches récentes ont commencé à porter sur les expériences particulières des personnes âgées itinérantes, qui avaient été négligées dans les politiques et les recherches sur l'itinérance. Aux États-Unis, la proportion d'adultes itinérants qui sont âgés de 50 ans ou plus a presque triplé au cours de la dernière décennie; elle est passée d'environ 11 p. 100 à 30 p. 100 de la population itinérante. Les personnes âgées itinérantes présentent des taux supérieurs de problèmes de santé, de consommation de substances intoxicantes et de déficit cognitif. Même si des recherches ont commencé à explorer le portrait changeant de l'itinérance, il existe très peu de recherches sur l'expérience des personnes âgées itinérantes. Treize participants (dix hommes et trois femmes) âgés de 50 à 60 ans, recrutés dans le cadre du projet Chez Soi à Winnipeg, au Manitoba, ont livré des entrevues sur leur expérience de l'itinérance. La plupart des participants ont déclaré avoir vécu des épisodes d'itinérance tout au long de leur vie depuis qu'ils sont adolescents, jeunes adultes ou d'âge moyen. L'itinérance des participants était attribuable à l'alcool et à la perte de relations importantes, à l'instabilité économique, à des problèmes de santé mentale et à des inégalités en matière de logement. Les auteurs ont relevé cinq thèmes principaux résumant l'expérience de l'itinérance chez les personnes âgées : état de santé aggravé, absence de perception du sens de la vie, honte, repli sur soi et difficulté à mettre fin au cycle de l'itinérance. Cette étude présente une perspective interne de l'expérience des personnes âgées itinérantes au Canada. Les conclusions laissent entendre la nécessité de mettre en place des soins fondés sur l'âge afin de répondre aux besoins particuliers des personnes âgées itinérantes.

B. Conclusions tirées des données administratives propres au site

Research Demonstration Project in Mental Health and Homelessness (Winnipeg): 24-Month Administrative Health Outcomes Study (Katz LY et coll.)

Cette étude vise à comparer les taux d'utilisation des services de soins de santé et les résultats relatifs à la santé mentale au cours d'une période de 24 mois d'un échantillon de 513 participants à l'essai clinique randomisé sur la santé mentale et l'itinérance de la Commission de la santé mentale du Canada à Winnipeg selon les données administratives des participants logés au Manitoba Centre for Health Policy (MCHP). Les objectifs de l'étude étaient les suivants : (1) décrire la répartition démographique (âge, sexe et état matrimonial), l'utilisation d'aide au revenu, les problèmes de santé physique et mentale, l'utilisation d'ordonnances, les habitudes de contact avec le système de soins de santé, l'utilisation du service d'urgence, la fréquence des tentatives de suicide et du suicide accompli et la mortalité générale de l'échantillon complet et (2) comparer les taux d'utilisation des services de soins de santé et les résultats relatifs à la santé des groupes d'intervention et des groupes témoins au sein de l'échantillon randomisé pendant deux ans.

Ce projet vise à fournir des conclusions administratives exhaustives sur les différences au chapitre de l'utilisation des services de soins de santé et des résultats relatifs à la santé au sein de cette population à risque élevé de personnes itinérantes atteintes de problèmes de santé mentale. Compte tenu des limites relatives aux données autodéclarées, ce projet portera sur les risques et les avantages pour la santé, ainsi que les coûts et les résultats associés à cette intervention du point de vue des données administratives.

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

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

www.commissionsantementale.ca

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

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



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada