

Le projet Chez Soi:

Durabilité des programmes de logement et de soutien mis en œuvre à Moncton

Rebecca Cherner John Ecker Jennifer Rae Tim Aubry

Mars 2016

Les résultats et analyses contenus dans la présente publication sont ceux des auteurs et sont basés sur les entretiens réalisés avec les intervenants du projet. Ils ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les points de vue des organismes mentionnés, ni ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

This document is also available in English.

Ce document est accessible au www.commissionsantementale.ca.

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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	10
CONTEXTE	11
Logement.....	11
Services de santé mentale	12
Description du programme <i>Chez Soi</i> à Moncton et dans le sud-est du Nouveau-Brunswick	12
Fidélité au programme <i>Chez Soi</i> à Moncton	16
MÉTHODOLOGIE	18
Description de l'échantillon	18
Démarche méthodologique	19
Approche analytique	19
RÉSULTATS	21
Compte rendu sommaire	21
Résultats en matière de durabilité.....	22
FIDÉLITÉ	37
Évaluation de la fidélité.....	37
Facteurs ayant influencé la durabilité.....	37
Autres facteurs ayant influencé la durabilité.....	44
CONCLUSION	46
Thèmes et enjeux transversaux	46
Réflexions et apprentissages.....	48
ÉPILOGUE	50
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE :	53
Autoévaluation de la fidélité pour le site de Moncton	53

SOMMAIRE

Ce rapport a pour but de présenter les résultats de l'étude de la durabilité du programme *Logement d'abord* déployé à Moncton et dans la région avoisinante entre octobre 2009 et mars 2014 dans le cadre du projet de démonstration *Chez Soi*.

Lorsque ce projet expérimental fondé sur l'approche *Logement d'abord* a pris fin, en mars 2014, le programme a entrepris une transition vers un nouveau service. Son financement a été pris en charge par deux régies régionales de la santé à hauteur de 500 000 \$ chacune (1 million au total) pour couvrir les salaires de l'équipe de prestation des services. Ce nouveau service était exécuté par une équipe de traitement actif et adapté en milieu communautaire (TAAC), capable de gérer un plus grand nombre de dossiers. Par contre, le soutien au logement n'était pas fourni par le programme directement. Celui-ci a plutôt œuvré en collaboration avec le ministère du Développement social pour trouver des logements aux anciens participants du projet *Chez Soi*, que ce soit en reconduisant les suppléments au loyer ou en déménageant ces personnes dans des logements sociaux subventionnés à Moncton. Les critères d'admission au programme ont aussi été modifiés : l'itinérance et les conditions de logement précaires n'en faisaient plus partie.

À Moncton, le programme a été maintenu en partie au terme du projet *Chez Soi*; en effet, s'ils n'étaient pas assurés d'obtenir un logement, les utilisateurs avaient néanmoins accès à des services de soutien fournis par une équipe multidisciplinaire. Le partage des compétences a posé problème, puisque le logement ne faisait plus partie du mandat du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Ce dernier a financé les services de soutien et le ministère du Développement social a financé le logement, mais la répartition de ces deux volets parmi les différents organismes participants a compliqué la mise en œuvre du programme. En raison de la perte de quelques membres importants de l'équipe, comme un coordonnateur des services d'employabilité, une coordonnatrice au logement et un médecin, le programme a dû s'en remettre à des ressources communautaires pour offrir ces services.

Des changements globaux ont été constatés, à commencer par l'adoption par le système de santé mentale provincial de certains aspects du projet *Chez Soi*. Par exemple, la province s'oriente actuellement vers la création d'équipes communautaires de santé mentale suivant le modèle de TAAC, auxquelles elle compte greffer des pairs aidants. Toutefois, le système de santé mentale n'a pas changé ses méthodes de prestation des services de logement et n'a pas adopté le modèle *Logement d'abord*.

Les résultats récoltés révèlent cinq leçons apprises. La première est l'importance des initiatives de mobilisation des connaissances ciblant le gouvernement provincial. Des efforts accrus pour influencer les décideurs du gouvernement provincial auraient pu faciliter le maintien d'un programme *Logement d'abord* à Moncton. Ensuite, le projet *Chez Soi* à Moncton entretenait des partenariats avec plusieurs organismes communautaires appuyant l'approche *Logement d'abord*. La mobilisation de tels organismes pour défendre la pertinence de cette approche auprès du gouvernement provincial pourrait être bénéfique. En troisième lieu, les programmes *Logement d'abord* pourraient être mis en place par des ministères provinciaux autres que celui de la Santé, par exemple le ministère du Développement social ou celui de la Justice et de la Consommation. Quatrièmement, il pourrait être profitable de mener à Moncton un programme expérimental *Logement d'abord* de petite envergure, qui desservirait de 20 à 40 personnes aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale et ayant des antécédents d'itinérance chronique. Ce programme pourrait offrir des suppléments au loyer et des services de soutien selon un modèle de gestion de cas. Enfin, des formations sur les apprentissages réalisés au cours du projet *Chez Soi* auraient pu être offertes aux fournisseurs de services afin de faciliter la transition, marquée par une grande fluctuation du personnel.

RÉSUMÉ

Ce rapport a pour but de présenter les résultats de l'étude de la durabilité du programme *Logement d'abord* déployé à Moncton et dans la région rurale environnante dans le cadre du projet de démonstration *Chez Soi*. Durant ce projet expérimental, le site de Moncton offrait des services aux personnes itinérantes souffrant de maladies ou de problème persistants associés à la santé mentale et ayant des besoins modérés ou élevés. Les services de soutien étaient fournis par une équipe de traitement actif en milieu communautaire (TAC). En plus de desservir Moncton, le programme comportait un volet rural, opéré par trois fournisseurs de services ruraux de Shediac, qui rejoignaient les utilisateurs du sud-est du Nouveau-Brunswick. Les clients avaient accès à des logements subventionnés afin qu'ils ne consacrent pas plus de 30 p. 100 de leurs revenus au loyer. Un spécialiste du logement supervisait les services de logement. Le site de Moncton du projet *Chez Soi* est demeuré assez fidèle à l'approche *Logement d'abord* tout au long du projet de démonstration. Afin de déterminer si le modèle *Logement d'abord* avait été maintenu au terme du projet expérimental, neuf répondants clés, huit employés et quinze anciens participants au projet *Chez Soi* ont été sollicités pour participer à des entrevues ou à des groupes de discussion, où ils ont exprimé leurs points de vue quant à la durabilité du programme de démonstration.

Lorsque le projet expérimental *Chez Soi* a pris fin, en mars 2014, le programme a entrepris une transition vers un nouveau service. Le financement du programme a été pris en charge par deux régions régionales de la santé à hauteur de 500 000 \$ chacune pour couvrir les salaires de l'équipe de prestation des services. Le nouveau service était offert par une équipe de traitement actif et adapté en milieu communautaire (TAAC). Par contre, le soutien au logement n'était pas fourni par le programme directement. Celui-ci a plutôt œuvré en collaboration avec le ministère du Développement social pour trouver des logements aux anciens participants du projet *Chez Soi*, que ce soit en reconduisant les suppléments au loyer ou en déménageant ces personnes dans des logements sociaux subventionnés à Moncton. Les critères d'admission au programme ont aussi été modifiés : l'itinérance et les conditions de logement précaires n'en faisaient plus partie.

Les résultats en matière de durabilité du programme de démonstration ont révélé que plusieurs éléments du modèle *Logement d'abord* avaient été maintenus. En effet, le programme a conservé les mêmes services cliniques offerts par une équipe multidisciplinaire. Il a aussi retenu plusieurs aspects de la philosophie *Logement d'abord*, notamment le fait que les services soient axés sur les clients, les forces et le rétablissement. Même si les services de logement n'étaient plus directement fournis par le programme, l'équipe a cherché à aider les utilisateurs du ministère du Développement social à trouver un logement au besoin. La clinique Salvus et Centraide ont pris le relais du programme de logement

supervisé par des pairs aidants. Des services de soutien communautaire ont également été maintenus en région rurale.

Toutefois, des changements de taille ont été apportés au programme, qui s'est éloigné de la philosophie *Logement d'abord*. Ainsi, le programme ne fournissait plus lui-même les services de logement, ce qui a eu pour effet de limiter l'offre et les occasions pour les clients de trouver un logement adéquat au moment où ils en avaient besoin. Les critères d'admission au programme ont aussi été modifiés : les utilisateurs potentiels du programme n'avaient plus à être itinérants ou se trouver dans une situation précaire en matière de logement. Les services de soutien ont été repris par une équipe de TAAC capable de gérer un plus grand nombre de dossiers. Le personnel a eu du mal à effectuer la transition vers la prestation de services selon un modèle de TAAC en raison de l'absence de formations sur le fonctionnement d'une équipe de TAAC. Les employés ont jugé plus difficile d'offrir des services uniformes à tous les clients à l'intérieur de ce modèle. En conséquence, en février 2015, un employé membre du groupe de discussion estimait que le programme revenait au modèle de traitement actif en milieu communautaire (TAC). Même si le programme était multidisciplinaire, la composition de l'équipe avait changé, avec la perte d'un médecin de famille, d'un coordonnateur des services d'employabilité et d'une coordonnatrice au logement. En outre, l'équipe ne comptait aucun chef des services cliniques désigné, et l'accès au soutien psychiatrique était restreint. Selon le personnel, l'intensité des services était réduite et des plans de rétablissement n'étaient pas systématiquement élaborés avec les clients. Aussi, on a estimé que la fréquence des contacts avec les utilisateurs était réduite.

En plus du maintien des composantes du modèle et des changements qui y ont été apportés, d'autres facteurs ont été examinés sous l'angle de la durabilité. Des fonds ont été maintenus pour les salaires des membres de l'équipe de programme. Au chapitre de la rétention du personnel, les employés devaient de nouveau postuler à leur poste au terme du projet *Chez Soi*. Quatre des employés du projet *Chez Soi* sont ainsi demeurés membres de l'équipe, et des pairs aidants ont continué à participer à la prestation de services. La perte de certains membres de l'équipe a compromis la capacité de l'équipe à fournir des services selon le modèle *Logement d'abord*. L'équipe avait noué et entretenu des partenariats avec d'autres organismes pour assurer la prestation des services. Ses principaux partenaires étaient le ministère du Développement social; divers organismes communautaires, dont la clinique Salvus; certains services cliniques, comme l'équipe mobile d'intervention en situation de crise et des psychiatres; et d'autres (propriétaires, Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, etc.). On a jugé que le projet *Chez Soi* avait influencé la prestation de services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. En particulier, les services de santé mentale provinciaux ont dû commencer à intégrer les

toutes nouvelles équipes communautaires de santé mentale de la province. Le système de santé mentale a créé des postes de pairs aidants. De plus, le programme de logements supervisés par des pairs aidants a été maintenu et élargi à Moncton, où il gère aujourd'hui deux immeubles d'appartements. De nouvelles initiatives mettant l'accent sur le logement ont aussi été implantées. Toutefois, le modèle *Logement d'abord* n'a pas été adopté intégralement par le système de santé du Nouveau-Brunswick.

Les employés qui avaient travaillé au projet *Chez Soi* ont rempli un formulaire d'autoévaluation de la fidélité du programme. Ils ont jugé que celui-ci était demeuré assez fidèle sur le plan de la séparation entre le logement et les services et de la philosophie du service. Au chapitre de la gamme de services, la fidélité a été jugée bonne, sauf pour le manque de services médicaux et de soins de santé physique offerts par les membres de l'équipe. Le personnel a évalué comme faible la fidélité du processus d'attribution des logements et de la structure du programme. La fidélité de la composition de l'équipe et des ressources humaines a aussi été jugée faible en raison des contacts en personne peu fréquents entre employés et participants et du peu de rétroaction des utilisateurs quant aux activités et aux politiques du programme.

De multiples facteurs ont influencé la durabilité du projet *Chez Soi* à Moncton. Le contexte politique a posé problème, particulièrement la séparation du logement et des services entre deux différents ministères. La responsabilité des services de logement incombait au ministère du Développement social, et non au ministère de la Santé. En conséquence, le ministère de la Santé refusait d'offrir des services d'aide au logement. Le transfert de ces services au ministère du Développement social a obligé certains clients à quitter le logement privé qu'ils avaient obtenu dans le cadre du projet *Chez Soi* pour déménager dans un logement social. De plus, les bénéficiaires du programme *Logement d'abord* durant la phase de démonstration qui perdaient leur logement se retrouvaient au bas de la liste d'attente pour un logement social du ministère du Développement social. Le financement a également présenté des défis en raison des contraintes financières vécues par le Nouveau-Brunswick, aux prises avec un important déficit.

La forte demande et les longues listes d'attente pour des services de soutien et de logement ont eu pour effet de réduire l'accessibilité des services pour les utilisateurs. Les organisations soutenant le programme qui étaient les plus souvent mentionnées étaient le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé (Vitalité et Horizon) et le ministère du Développement social. Le chef d'équipe, les membres du comité consultatif local, les employés du programme et la directrice régionale du ministère du Développement social ont tous joué des rôles de premier plan dans l'exécution du projet. Toutefois, certains répondants clés ont affirmé qu'un leadership plus soutenu aurait favorisé la

durabilité du programme au terme du projet *Chez Soi*. D'autres facteurs influençant la durabilité du programme ont été mentionnés, dont la difficulté d'embaucher du personnel; l'utilisation de critères de sortie clairs pour les participants prêts à quitter le programme; et les résultats de recherche ambigus quant à la capacité du programme à améliorer les résultats en matière de santé.

En conclusion, le programme de Moncton a été maintenu en partie à la suite du projet *Chez Soi*; en effet, s'ils n'étaient pas assurés d'obtenir un logement, les utilisateurs avaient néanmoins accès à des services de soutien fournis par une équipe multidisciplinaire. Au chapitre de la perception du programme, il semblait exister un décalage entre les employés et les gestionnaires de système, qui n'étaient pas au fait des difficultés rencontrées par l'équipe de programme. Le partage des compétences a également posé problème; le ministère de la Santé finançait les services de soutien et le ministère du Développement social finançait les services de logement. Il semble aussi que contrairement aux autres régions métropolitaines du Canada, l'itinérance n'était pas perçue comme une problématique majeure au Nouveau-Brunswick. En raison de la perte de quelques membres importants de l'équipe, dont le coordonnateur des services d'employabilité et un médecin, le programme a dû s'en remettre à des ressources communautaires pour offrir ces services.

Des changements globaux ont été constatés, à commencer par l'adoption par le système de santé mentale provincial de certains aspects du projet *Chez Soi*. Par exemple, la province travaille actuellement à former des équipes communautaires de santé mentale suivant le modèle de TAAC, auxquelles elle compte greffer des pairs aidants. Toutefois, le système n'a pas changé ses méthodes de prestation des services de logement et n'a pas adopté le modèle *Logement d'abord*.

Les résultats récoltés révèlent cinq leçons apprises.

1. La première est l'importance des initiatives de mobilisation des connaissances ciblant le gouvernement provincial. Des efforts accrus pour influencer les décideurs du gouvernement provincial auraient pu faciliter le maintien d'un programme *Logement d'abord* à Moncton.
2. Le projet *Chez Soi* à Moncton entretenait des partenariats avec plusieurs organismes communautaires appuyant l'approche *Logement d'abord*. La mobilisation de tels organismes pour défendre la pertinence de cette approche auprès du gouvernement provincial pourrait être bénéfique.

3. Les programmes *Logement d'abord* pourraient être mis en place par des ministères provinciaux autres que celui de la Santé, par exemple le ministère du Développement social ou celui de la Justice et de la Consommation.
4. Il pourrait être profitable de mener à Moncton un programme expérimental *Logement d'abord* de petite envergure, qui desservirait de 20 à 40 personnes aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale et ayant des antécédents d'itinérance chronique. Ce programme pourrait offrir des suppléments au loyer et du soutien selon un modèle de gestion de cas.
5. Des formations sur les apprentissages réalisés au cours du projet *Chez Soi* auraient pu être offertes aux fournisseurs de services afin de faciliter la transition, marquée par une grande fluctuation du personnel.

INTRODUCTION

Ce rapport a pour but de présenter les résultats d'une étude de la durabilité du programme *Logement d'abord* déployé à Moncton et dans la région avoisinante entre octobre 2009 et mars 2014 dans le cadre du projet de démonstration *Chez Soi*. Celui-ci a été conçu pour étudier la mise en œuvre, l'efficacité et l'efficience du modèle Pathways to Housing appliqué au programme *Logement d'abord* (Tsemberis, 2010) dans cinq villes du Canada, dont Moncton (Goering et coll., 2011). Ce projet visait à apporter des changements multisectoriels à la manière dont le système aide les personnes aux prises avec des maladies mentales graves et persistantes à mettre fin à leur itinérance et à obtenir les services médicaux et sociaux dont ils ont besoin.

Le territoire couvert pour le site de Moncton englobait les villes de Moncton, Dieppe et Riverview, qui totalisent plus de 138 000 habitants (Statistique Canada, 2011). Dans le Grand Moncton, environ 70 p. 100 des logements sont occupés par leur propriétaire et 30 p. 100 par des locataires. Durant le projet *Chez Soi*, le taux d'inoccupation à Moncton était de 4,3 p. 100 (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2013).

En outre, un volet rural de moindre envergure a été greffé au projet de Moncton afin d'étudier l'application du modèle *Logement d'abord* dans la région rurale avoisinante du sud-est du Nouveau-Brunswick, dans les comtés de Kent et de Westmorland. Cette région, située à une heure de route du Grand Moncton, couvre un territoire de 2 000 km². Elle regroupe plusieurs petites municipalités et secteurs de service dont la population va de quelques centaines à quatre ou cinq mille habitants. Quelque 40 000 personnes habitent cette région rurale du sud-est de la province.

D'après les données existantes, 780 personnes itinérantes ont reçu des services des refuges du Grand Moncton en 2014 (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2015), ce qui reflète le nombre d'individus desservis annuellement par les deux plus grands refuges pour adultes seuls de la ville. Il n'existe aucune donnée sur les caractéristiques de la population itinérante de Moncton ni sur la proportion d'individus qui sont aux prises avec une maladie mentale grave ou persistante ou qui ont des antécédents d'itinérance chronique.

Le plan communautaire 2011-2014, soumis à la *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance* (Ressources humaines et Développement social Canada, 2011), recensait plus de 10 000 personnes à risque d'itinérance dans le Grand Moncton. Il déterminait que ces personnes vivaient dans des logements locatifs de qualité inférieure (en besoin impérieux de logement) et subissaient des difficultés financières importantes liées à la part du revenu consacrée au logement et à la subsistance (environ 50 p. 100 du revenu est consacré au logement).

CONTEXTE

Logement

Deux organismes offrent des logements de transition : Le logement de deuxième étape du Carrefour pour femmes offre aux clientes quittant le refuge six unités pour une période d'un an; et les Foyers de la jeunesse de Moncton mettent deux unités de trois lits à la disposition des jeunes à risque, qui peuvent y loger jusqu'à un an (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2008).

Ensuite, deux organismes offrent des logements à long terme avec services de soutien : Alternative Residences offre 30 unités pouvant accueillir jusqu'à 76 personnes (26 de ces unités sont des appartements et 4 sont des résidences supervisées 24 heures sur 24; la durée de séjour maximale est de deux ans); et Future Horizons Housing compte 12 unités (3 unités de 2 chambres à coucher et 9 unités de 3 chambres) disponibles pour les clients de l'organisme Headstart et offre, en plus des logements, un éventail de services de soutien (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2008).

Le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick offre quant à lui 647 logements sociaux dans le Grand Moncton et verse des suppléments au loyer pour 669 autres logements du marché privé. Ceux-ci ne sont associés à aucun service de soutien. En 2007, 671 personnes et familles se trouvaient sur la liste d'attente pour obtenir un de ces logements subventionnés (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2008).

En plus des logements sociaux fournis par le gouvernement provincial, le Grand Moncton compte 999 logements sans but lucratif (697 pour des familles et 232 pour des personnes âgées), dont Atlantic People's Housing est propriétaire et gestionnaire. Enfin, deux maisons de transition, Cannell House (20 lits pour hommes) et Greenfield House (16 lits pour hommes, 5 lits pour femmes et 1 lit d'urgence) accueillent d'anciens détenus à Moncton (Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton, 2008). Au lancement du projet *Chez Soi*, en 2009, aucune initiative *Logement d'abord* n'était en place.

Services de santé mentale

À Moncton, des services publics de santé mentale sont dispensés par des centres de santé mentale communautaires (CSMC), par des établissements secondaires et tertiaires et par des psychiatres en pratique privée. Les services sont dirigés et gérés par deux régies régionales de la santé, à savoir les Réseaux de santé Vitalité et Horizon.

Au lancement du projet *Chez Soi* à Moncton, les services fournis par les CSMC étaient regroupés en trois programmes de base : services aigus (intervention 24 heures sur 24 en cas de crise, thérapie de courte durée, prévention, consultation et coordination de la prestation des services); services aux enfants et aux adolescents (évaluation et traitement individualisés, services à tous les membres de la famille); et services de longue durée aux adultes (traitement, surveillance, réadaptation psychosociale) (Health Systems Research and Consulting Unit, 2009).

Ces derniers étaient particulièrement pertinents dans le cadre du projet de démonstration *Chez Soi*, qui ciblait des personnes aux prises à la fois avec des maladies mentales modérées ou graves et persistantes et des problèmes de logement. Ces programmes fournissaient des services de gestion de cas, de soutien communautaire et de réadaptation (Health Systems Research and Consulting Unit, 2009). Avant le lancement du projet *Chez Soi* à Moncton, en 2009, le Nouveau-Brunswick n'était doté d'aucune initiative de traitement actif en milieu communautaire (TAC) ou de suivi intensif dans le milieu.

Description du programme *Chez Soi* à Moncton et dans le sud-est du Nouveau-Brunswick

Le programme *Logement d'abord* implanté à Moncton suivait une approche misant sur les logements avec services inspirée du modèle Pathways to Housing, élaboré à New York (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel et Tsemberis, 2005; Tsemberis, 1999; Tsemberis et Eisenberg, 2000; Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2004). Plus précisément, l'initiative combinait le TAC aux logements subventionnés du marché locatif privé.

TAC : Au site de Moncton, la population ciblée pour le TAC était composée de personnes aux prises avec des maladies ou des problèmes persistants associés à la santé mentale et ayant des besoins modérés ou élevés. L'équipe de TAC avait pour principal objectif de fournir à ses clients des

traitements et des services de réadaptation et de soutien leur permettant de mieux fonctionner dans la communauté.

Les membres de l'équipe de TAC étaient des employés des Réseaux de santé Vitalité et Horizon. Pour certains postes, il a fallu muter des employés à l'intérieur des régions régionales de la santé, détacher des employés d'autres ministères et embaucher de nouveaux employés. La composition du personnel a été fixée à 10 postes équivalent temps plein (ETP) appartenant à différentes disciplines liées à la santé mentale : une infirmière praticienne, des infirmières spécialisées en psychiatrie, un ergothérapeute, un conseiller en économie domestique, un travailleur social, des conseillers en ressources humaines, un médecin directeur des soins cliniques et des psychiatres consultants. L'équipe comptait également un chef d'équipe formé en réadaptation psychiatrique disponible pour fournir, au besoin, des services cliniques aux participants.

L'équipe de TAC a offert des services cliniques de suivi à 100 participants du Grand Moncton. Pour le TAC, le ratio était de dix participants par employé, ce qui est la norme pour de tels services et qui permet la prestation de services intensifs. Les membres de l'équipe de TAC ont collaboré et se sont épaulés mutuellement pour prodiguer les services quotidiens aux participants. Cette façon de faire comportait le partage et la permutation des rôles dans l'exécution des activités de planification des cas et de prestation des services, tout en respectant les champs de spécialisation et les limites associées aux compétences professionnelles de chacun. Tous les membres de l'équipe avaient des responsabilités quant à leur participation à la prestation des services de base, y compris l'approche et la mobilisation des participants, le dépistage et l'évaluation globale, le traitement clinique et le counseling, la gestion et l'évaluation de cas, la consultation des services communautaires et la collaboration avec ces derniers ainsi que la gestion des dossiers.

En outre, trois fournisseurs de services ruraux installés à la clinique de santé mentale de Shediac travaillaient en étroite collaboration avec l'équipe de TAC de Moncton. Ces fournisseurs ont offert des services et du soutien à 24 utilisateurs du sud-est du Nouveau-Brunswick. Avant d'être admis à ces services par les fournisseurs de services ruraux, les clients vivaient dans des foyers de soins spéciaux, avec leur famille ou dans des maisons d'hébergement, ou étaient en situation d'itinérance. À leur admission au programme, les participants de la région rurale ont déménagé dans leur propre logement pour vivre de façon autonome.

Pour le volet rural du TAC, le ratio était d'environ huit participants par employé, ce qui est la norme pour de tels services en région rurale. Les membres de l'équipe de TAC en milieu rural ont collaboré et se sont épaulés mutuellement pour prodiguer les services quotidiens aux participants. Chaque

utilisateur était jumelé à des gestionnaires de cas principal et secondaire membres de l'équipe rurale de TAC. Le médecin directeur des soins cliniques faisant partie de l'équipe de TAC de Moncton était le principal responsable de la surveillance de l'état et de la réaction aux traitements des participants en milieu rural.

Conformément à la façon dont les services de TAC sont prodigués dans le cadre du modèle Pathways, les membres de l'équipe de TAC à Moncton et en milieu rural étaient appelés à fournir une gamme complète de services, notamment le traitement de problèmes psychiatriques et médicaux, la réadaptation, l'intervention en cas de crise, le traitement intégré de la toxicomanie (approche de réduction des préjudices), le soutien à l'employabilité et la réponse à d'autres besoins déterminés par le participant. L'approche du service s'inspirait des principes du rétablissement, lesquels visent à aider les participants à adopter des rôles sociaux valorisés et à s'intégrer à la communauté. Même si l'équipe de TAC aidait les participants à obtenir les ressources requises dans leur communauté, elle demeurait la principale responsable des services offerts et devait assurer la prestation de la plupart des services de santé mentale dont les utilisateurs avaient besoin.

Après l'admission d'un participant au programme de TAC, un plan de services était élaboré, en collaboration avec lui, dès la première réunion. L'équipe de TAC a travaillé étroitement avec un spécialiste du logement pour aider les participants à trouver rapidement un logement de leur choix qu'ils pouvaient se permettre de payer avec le supplément au loyer. Même si le spécialiste du logement n'était pas officiellement membre de l'équipe de TAC, il a travaillé en étroite collaboration avec celle-ci pour aider les participants dans le choix du logement, la négociation avec les propriétaires, l'emménagement et l'adaptation à leur nouvelle situation de locataires. Il était également appelé à aider les participants à dialoguer avec les propriétaires en cas de problème au sujet du logement.

Conformément à l'approche Pathways, les utilisateurs devaient recevoir au moins une visite par semaine de la part d'un membre de l'équipe de TAC. Ils pouvaient toutefois choisir de suivre ou non un traitement, et une approche de réduction des préjudices a été adoptée puisque les utilisateurs n'étaient pas tenus de cesser de consommer des substances intoxicantes. Les services cliniques étaient articulés autour du plan de services du participant, élaboré en collaboration avec ce dernier pour favoriser son rétablissement.

Les services du personnel étaient disponibles entre 8 h 30 et 22 h, sept jours sur sept. La nuit, le travail d'approche et de réponse aux crises était effectué par l'unité mobile d'intervention en cas de crise de la régie régionale de la santé et par le centre d'intervention d'urgence. Les bureaux de l'équipe de TAC du Grand Moncton étaient situés tout près du centre-ville. Cet emplacement a été choisi pour sa

situation centrale facilitant le contact entre les membres de l'équipe et les utilisateurs. Les bureaux des fournisseurs de services ruraux étaient hébergés à la clinique de santé mentale de Shediac.

Tous les jours, l'équipe de TAC tenait des réunions d'organisation pour évaluer les progrès des participants et les résultats des récentes interactions avec ceux-ci, par exemple les rendez-vous, les visites informelles et les interventions en cas de crise effectuées en dehors des heures de bureau. De plus, les employés travaillaient de concert pour préparer un horaire d'équipe permettant de coordonner les principaux traitements et activités de soutien des utilisateurs. Chaque journée de travail s'amorçait par une rencontre d'équipe d'environ une heure. L'horaire d'équipe quotidien affichait toutes les activités que les participants devaient accomplir ce jour-là. Les membres de l'équipe rurale participaient aux réunions par téléconférence.

Les réunions d'organisation étaient des occasions quotidiennes pour les gestionnaires de cas principaux de recevoir les commentaires de leurs pairs et de profiter des conseils et de la supervision de chacun des membres de l'équipe de TAC. De surcroît, les gestionnaires de cas principaux devaient s'assurer de maintenir à jour les dossiers des participants, y compris les renseignements détaillés sur l'état de leur santé mentale (p. ex. apparition d'un problème, évolution, diagnostic, symptômes ciblés), les résultats aux évaluations, les plans de traitement et de réadaptation et les services de soutien reçus.

Après la réunion d'équipe, les membres de l'équipe se dispersaient dans la communauté pour accomplir les activités liées au soutien et aux traitements qui leur étaient attribuées. Le chef de l'équipe de TAC devait garder l'œil sur les activités des employés et réorganiser l'horaire en cas de besoin imprévu d'un participant ou de situation de crise. En collaboration avec le chef d'équipe, le médecin directeur des soins cliniques était le principal responsable de la surveillance de l'état et de la réaction au traitement des participants. Ensemble, ils assuraient également la supervision opérationnelle et clinique de tous les membres de l'équipe.

Logements subventionnés : Les bénéficiaires du programme *Chez Soi* à Moncton recevaient des suppléments au loyer leur permettant de louer un logement sur le marché privé. Ce volet était coordonné par le spécialiste du logement, installé dans les bureaux de Centraide du Grand Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick.

Plus précisément, le spécialiste du logement s’acquittait de ce mandat en suivant les étapes ci-dessous :

1. Scruter le marché privé pour trouver des logements répondant aux besoins et aux préférences personnelles des participants.
2. Accompagner les participants aux visites des appartements disponibles.
3. Négocier les baux avec les propriétaires.
4. Aider les participants à emménager et à s’installer dans leur appartement.
5. Offrir aux participants le soutien dont ils ont besoin et les aider à s’adapter à leur vie nouvelle.
6. Agir comme médiateur entre un locataire et son propriétaire en cas de problème. Au besoin, le spécialiste du logement assistait également aux réunions de l’équipe de TAC afin de participer à la planification des services offerts aux locataires.

Une composante essentielle de l’approche *Logement d’abord* était le versement d’un supplément au loyer pour assurer que les participants ne consacraient pas plus de 30 p. 100 de leur revenu à leur logement. Compte tenu du taux d’inoccupation relativement élevé dans le marché privé et de la longue liste d’attente pour un logement social à Moncton, tous les participants ont emménagé dans des logements privés. Les utilisateurs n’avaient pas à remplir de conditions préalables pour avoir droit aux services de logement et de soutien. Toutefois, ils devaient accepter qu’une portion raisonnable de leurs revenus mensuels soit prélevée pour couvrir les dépenses liées au logement. Ils étaient également tenus de rencontrer un employé du programme membre de l’équipe de TAC au moins une fois par semaine pour discuter du logement ou de tout autre besoin ou sujet qui leur posait problème.

Fidélité au programme *Chez Soi* à Moncton

Dans l’ensemble, les résultats de la première évaluation de la mise en œuvre ont montré que le programme *Chez Soi* avait été implanté avec succès dans les régions de Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick. Les intervenants du programme ont convenu qu’il assurait un soutien multidisciplinaire opportun et efficace aux participants. La Commission de la santé mentale du Canada

a investi des sommes importantes dans la formation des employés du programme afin de faciliter leur adaptation aux nouveaux rôles et responsabilités qui accompagnent la prestation de services de TAC dans le cadre de l'approche *Logement d'abord*. Malgré ces succès hâtifs, les différentes parties prenantes ont reconnu l'importance de développer davantage le programme afin que des interventions ciblées puissent être pratiquées dans les secteurs du traitement des toxicomanies, du soutien professionnel et du soutien aux études.

La première évaluation de la fidélité, effectuée environ 10 mois après le lancement du programme, a révélé que le site de Moncton présentait déjà un niveau élevé de fidélité au modèle *Logement d'abord*. Le score moyen des 37 énoncés évalués sur l'échelle de fidélité était de 3,47 points sur 4. Soixante-cinq pour cent des énoncés ont récolté un pointage de 3,5 ou plus. Le site a été jugé très fidèle dans quatre des cinq domaines évalués, à savoir Choix de logement et structure (3,75), Séparation du logement et des services (3,90), Philosophie du service (3,50) et Structure du programme (3,50). Le domaine de la Gamme de services a été jugé moins fidèle (2,85). L'évaluation de la fidélité a révélé quelques défis en particulier, notamment le réseau limité de propriétaires; le faible nombre de logements disponibles; la nécessité de former les employés sur l'entrevue motivationnelle et le traitement des toxicomanies; et le manque d'engagement significatif de la part des utilisateurs du programme *Logement d'abord*.

La deuxième évaluation de la fidélité, effectuée 27 mois après la mise en œuvre de programme, a révélé des niveaux de fidélité élevés (3,5 ou plus) pour 78 p. 100 des énoncés, pour un pointage moyen de 3,74. Ici encore, le site a été jugé très fidèle dans quatre des cinq domaines évalués, à savoir Choix de logement et structure (4,00), Séparation du logement et des services (4,00), Philosophie du service (3,55) et Structure du programme (3,50). Le niveau de fidélité de la Gamme de services (3,38) avait augmenté par rapport à la première évaluation. La deuxième évaluation de la fidélité a également révélé des éléments particuliers du programme nécessitant un approfondissement, dont l'intégration du traitement des toxicomanies aux services offerts par l'équipe de TAC; une planification personnalisée des services axée sur les objectifs en matière de rétablissement; et l'ajout d'un pair aidant à l'équipe de TAC.

MÉTHODOLOGIE

Description de l'échantillon

Les employés membres de l'équipe de service multidisciplinaire étaient invités à participer à un groupe de discussion, tandis que les répondants clés et certains utilisateurs se prêtaient à des entrevues. Le groupe de discussion, formé de huit employés et deux chefs d'équipe, s'est réuni en février 2015. Les deux chefs d'équipe ont également donné des entrevues à titre de répondants clés. Neuf entretiens téléphoniques semi-structurés avec des répondants clés ont été réalisés entre mars et août 2015. Les répondants clés interrogés étaient des gestionnaires des systèmes de prestation de services relevant des deux régies régionales de la santé supervisant les services; un ancien directeur clinique membre de l'équipe de TAC *Logement d'abord*; et des concepteurs de politiques et des gestionnaires de programmes des ministères de la Santé et du Développement social du Nouveau-Brunswick. Six répondants clés ont refusé de participer aux entrevues parce qu'ils s'estimaient trop peu renseignés au sujet de la durabilité du projet de démonstration ou pour d'autres raisons.

Une autoévaluation de la fidélité a été effectuée en février 2015. Quatre fournisseurs de services faisant partie de l'équipe multidisciplinaire ont rempli le premier questionnaire d'évaluation de la fidélité au modèle *Logement d'abord*. Ces derniers avaient été employés du projet de démonstration. Ils ont tout d'abord répondu au questionnaire d'autoévaluation individuellement, avant de participer à une réunion de groupe avec un intervieweur pour discuter de leurs réponses. Ensemble, ils examinaient alors les divergences d'opinions afin d'atteindre un consensus pour chacun des énoncés sur la fidélité.

Quinze utilisateurs ayant participé au projet *Chez Soi* ont été interrogés en personne entre février et mai 2015. Les entrevues étaient menées soit en anglais (n=8), soit en français (n=7). Six utilisateurs provenaient de Moncton et neuf, de la région rurale avoisinante. Les participants étaient invités à commenter leur situation de vie depuis l'entrevue qualitative précédente, effectuée 18 mois après leur adhésion au programme.

Démarche méthodologique

Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la qualité de la cueillette de données. Avant la tenue des entrevues et la rencontre du groupe de discussion, l'équipe locale a évalué le questionnaire sur le plan de sa pertinence au programme local et de la redondance des énoncés. Quelques ajustements mineurs ont été apportés au protocole d'entrevue. L'équipe locale a également consulté les responsables de l'équipe nationale de recherche qualitative pour obtenir certaines précisions. Durant les entrevues, les intervieweurs ajustaient le protocole aux données qualitatives fournies par les répondants. Toutes les entrevues ont été transcrites.

L'analyse initiale des données a été effectuée selon une approche d'équipe. Dans le cadre de ce processus, les membres de l'équipe ont défini les sujets abordés, les thèmes et les sous-thèmes. Ils se sont également assurés que les catégories étaient pertinentes. L'équipe locale a ensuite ajusté le codage en fonction des discussions. L'équipe d'analyse était composée de trois intervieweurs et d'une personne qui n'avait aucun lien préalable avec le projet. L'équipe possédait des connaissances d'initié du projet. Trois des quatre membres de l'équipe avaient participé aux évaluations précédentes du projet *Chez Soi* à Moncton, et l'autre avait participé à l'évaluation à l'échelle nationale.

Approche analytique

Notre approche analytique était inspirée d'un modèle inductif global proposé par Saldana (2009). Les données ont été analysées suivant une série d'étapes : le premier cycle et le deuxième cycle. Le codage de premier cycle consiste en un examen initial des données et en l'élaboration de codes préliminaires. Le chiffrement de deuxième cycle nécessite une réorganisation et une nouvelle analyse des codes créés au Premier cycle. L'objectif est d'en arriver à une « synthèse cohérente du corpus de données » (Saldana, 2009, p. 149). De cette façon, une série de thèmes a pu être élaborée. Les étapes de l'analyse de données sont détaillées ci-dessous.

Le premier cycle d'analyse nécessitait un codage ouvert des données. Chaque réponse était lue ligne par ligne, puis des codes ont été créés pour chacun des segments. Comme les codes initiaux devaient correspondre aussi précisément que possible aux données (Charmaz, 2006), un codage *in vivo*, qui correspond aux mots prononcés par les participants, a été utilisé aussi souvent que possible. Une fois ce cycle de codage ouvert achevé, le codage de deuxième cycle a été entrepris. Ce type de codage permet de synthétiser les données et de les classer en thèmes et en sous-thèmes significatifs. Pour cette analyse, les thèmes principaux ont été créés en fonction des sujets évoqués dans les entrevues et

du guide des groupes de discussion, tandis que les sous-thèmes ont été générés à partir de la synthèse des données codées. Des données infirmantes ont été recherchées tout au long du processus de codage afin d'accroître la validité de l'analyse (Maxwell, 1998) et de faire ressortir tout écart entre les groupes de répondants (répondants clés, employés du programme, utilisateurs).

Les quatre chercheurs de l'équipe d'analyse ont effectué, chacun de façon indépendante, le codage de l'une des transcriptions. Ensuite, ils se sont réunis pour discuter des thèmes et des sous-thèmes (codes) repérés et établir un processus de codage consensuel et cohérent. Un manuel contenant les définitions des grands thèmes a été créé à partir de ce processus. Une fois ces premières étapes franchies, des secteurs thématiques précis étaient attribués à chacun des membres de l'équipe de recherche, appelés à coder de manière indépendante les transcriptions restantes. Au terme de ce processus, les chercheurs ont comparé et vérifié leurs résultats deux par deux. Enfin, l'équipe s'est réunie à nouveau pour dégager des thèmes transversaux et formuler des recommandations.

RÉSULTATS

Compte rendu sommaire

Le projet de démonstration *Chez Soi* au site de Moncton a officiellement pris fin le 31 mars 2014. La transition vers un nouveau service fourni par une équipe de traitement actif et adapté en milieu communautaire (TAAC) (van Veldhuizen, 2007) s'est opérée durant les 12 mois suivants. Durant cette période, le programme a travaillé en étroite collaboration avec le ministère du Développement social afin d'assurer que les participants qui avaient reçu un logement dans le cadre du programme *Logement d'abord* pourraient conserver celui-ci, soit en reconduisant le supplément au loyer qu'ils touchaient ou en les déménageant dans un logement social de Moncton.

Le programme, qui était administré par la clinique Salvus durant la phase de démonstration, était désormais intégré au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et géré directement par celui-ci. En outre, ses locaux ont quitté le Manse, une vaste et ancienne demeure de la rue Queen, près de l'Église Unie centrale de Moncton, pour les bureaux principaux de la division des Services de santé mentale du Nouveau-Brunswick, sur la rue Albert, à Moncton.

Le processus de transition prévoyait également l'affichage interne de postes à pouvoir au sein de l'équipe de TAAC au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Seuls quatre des postes de fournisseurs de services appartenant à l'équipe de TAAC ont été attribués à des membres de l'équipe de TAC originale du projet *Chez Soi*. L'équipe de TAC s'est graduellement convertie en une équipe de TAAC au fil de l'année de transition, gardant le contact avec les participants desservis à l'origine et admettant de nouveaux utilisateurs. L'équipe de TAAC était dotée de deux nouveaux chefs administratifs issus de chacune des régions régionales de la santé (Vitalité et Horizon). Leur mandat consistait à guider la transition de l'équipe du TAC vers le TAAC. Aucun chef des services cliniques n'était en poste au moment de l'étude de la durabilité.

Conformément au modèle de TAAC (van Veldhuizen, 2007), l'équipe devait assurer une gestion de cas intensive aux utilisateurs durant leurs périodes de stabilité fonctionnelle. Chaque utilisateur était jumelé à un gestionnaire de cas responsable de lui fournir ces services. L'équipe suivait une approche encadrante conforme aux principes du TAC durant les moments de crise et d'autres périodes où les utilisateurs vivaient des difficultés. On prévoyait que ce type de soutien communautaire permettrait un ratio de 16 à 20 utilisateurs par employé tout en assurant un pointage élevé sur l'échelle de fidélité aux principes de TAAC. Deux pairs aidants qui avaient été engagés et formés au dernier stade du projet *Chez Soi* ont été officiellement embauchés pour faire partie de l'équipe de TAAC et compléter le soutien fourni aux utilisateurs.

Mis à part les logements fournis aux utilisateurs du projet *Chez Soi* à Moncton par le ministère du Développement social, l'équipe de TAAC ne disposait d'aucune ressource en matière de logement, que ce soit des suppléments au loyer ou des logements sociaux subventionnés, pour les nouveaux clients admis au programme. En fait, l'itinérance ou le risque de devenir itinérant ne constituaient plus des critères d'admissibilité au programme. De plus, si les participants initiaux au projet *Chez Soi* perdaient leur logement, ils étaient placés sur la liste d'attente pour un logement subventionné par le ministère du Développement social à Moncton.

Résultats en matière de durabilité

Maintien des pratiques du modèle *Logement d'abord*

Le site de Moncton présentait d'importantes variations dans le maintien des pratiques *Logement d'abord*. Les deux principaux résultats constatés ont été le passage du modèle de TAC à celui du TAAC et la désaccentuation du logement dans l'exécution du programme, notamment suite à la modification des critères d'admission. Plusieurs répondants clés et employés du programme ont mentionné que ces changements avaient fait en sorte que Moncton n'offrait plus de services *Logement d'abord*. Malgré cette difficulté, tous les répondants clés et employés, de même que certains utilisateurs, ont affirmé que des services cliniques de haut niveau étaient toujours offerts. Cette section décrit dans quelle mesure le programme est demeuré fidèle au modèle *Logement d'abord*, puis examine les changements qui ont été apportés à ce modèle.

1. Maintien du modèle

Services cliniques et organisation du programme. Plusieurs répondants clés et participants au groupe de discussion ont affirmé que dans l'ensemble, le programme avait maintenu les services cliniques fournis aux utilisateurs, incluant certains services psychiatriques, même si le niveau de soutien variait d'une régie régionale de la santé à l'autre.

La plupart des utilisateurs se sont dits satisfaits du niveau de soutien offert par le personnel. Certains d'entre eux ont dit avoir maintenu un contact régulier avec les employés du programme. Ce lien durable a été bénéfique, selon un des utilisateurs : « Je suis heureux de pouvoir compter sur [l'équipe de TAAC]. Sans elle, je crois que j'aurais abandonné depuis longtemps. »

Un des répondants clés a souligné que l'équipe avait continué à tenir ses réunions quotidiennes afin de discuter des problèmes vécus par les utilisateurs, conformément au nouveau modèle de TAAC. Les employés du programme ont par la suite précisé qu'ils abordaient désormais les dossiers de tous les utilisateurs lors de ces réunions matinales, et non seulement les cas problématiques.

Composition de l'équipe. Malgré la perte de certains postes, les répondants clés et les participants au groupe de discussion ont affirmé que l'équipe avait conservé sa vocation multidisciplinaire. On a notamment souligné le maintien du poste de pair aidant. Plusieurs répondants clés ont insisté sur l'importance et le caractère unique de ce rôle, particulièrement dans le contexte de Moncton et du Nouveau-Brunswick. Une utilisatrice a raconté la relation privilégiée qu'elle avait bâtie avec l'une des pairs aidantes, en déclarant que celle-ci « la comprenait et qu'elle se sentait à l'aise de se confier à elle, sans être jugée ».

Philosophie du programme. Les activités quotidiennes du programme ont conservé plusieurs éléments fondamentaux de l'approche *Logement d'abord*. Par exemple, le programme a continué d'offrir des services axés sur les clients et sur leurs forces. Un employé a jugé que « même si le volet logement avait été éliminé, l'approche à l'égard des besoins des clients était demeurée la même. » Les consommateurs déterminaient la fréquence des contacts avec les employés du programme, et ont estimé que ces derniers répondaient à leurs besoins avec flexibilité. Les employés ont souligné qu'ils avaient conservé l'approche de réduction des préjudices, même si un répondant clé a affirmé que cette composante pourrait être améliorée.

Logement. Malgré les changements apportés à la prestation des services de logement, les répondants clés et les employés ont déclaré que la plupart des utilisateurs avaient conservé un logement, sous une forme ou une autre. Par exemple, des répondants clés ont fait remarquer que certains utilisateurs qui avaient reçu un logement dans le cadre du projet *Chez Soi* demeuraient toujours dans le même logement tout recevant un soutien continu. Cette continuité était largement attribuable aux bonnes relations entretenues avec les propriétaires et au maintien des suppléments au loyer fournis par le ministère du Développement social. Les suppléments, jadis transférables, étaient désormais liés à des unités d'habitation en particulier, ce qui limitait le choix de logements pour les utilisateurs.

Enfin, l'édifice de logements supervisés par des pairs aidants, une composante unique au site de Moncton, avait été conservé et un deuxième immeuble d'appartements avait également été ouvert, tous deux administrés par la clinique Salvus. Cependant, les logements supervisés

par des pairs aidants n'étaient plus réservés aux participants du projet de démonstration *Chez Soi*, mais étaient plutôt devenus une « ressource communautaire », comme l'a formulé un des employés du programme.

Volet rural. Dans l'ensemble, les personnes interrogées estimaient que le volet rural du programme avait été maintenu, en dépit de certains changements structuraux. Les employés du programme et les répondants clés ont affirmé que les utilisateurs des régions rurales recevaient toujours le soutien du programme, et les utilisateurs ont confirmé cette situation. La distance séparant Moncton des régions rurales a posé quelques difficultés, puisque ces dernières ne comptaient plus d'employés, même si les bureaux satellites situés en région leur demeuraient accessibles. Fait intéressant, un répondant clé a eu l'impression que c'étaient les employés d'autres programmes implantés en région rurale qui soutenaient les utilisateurs ruraux du projet de démonstration.

2. Changements apportés au modèle

Logement. Comme mentionné plus haut, la désaccentuation du logement comme domaine de service est possiblement le changement le plus notable qui a été apporté au terme du projet de démonstration. Plusieurs répondants clés et employés ont affirmé qu'en vertu de ce changement, le programme ne pouvait plus être considéré comme un programme *Logement d'abord*. Un répondant clé a déclaré : « Comme aucun nouveau logement ne s'est ajouté au programme, nous ne pouvons plus vraiment le considérer comme un programme *Logement d'abord*. Cela signifie qu'il n'a pas vraiment été maintenu et que d'autres utilisateurs n'ont pas pu en profiter. C'est vraiment dommage. »

Ce changement apporté au volet logement du programme a eu pour effet de fortement limiter les possibilités de logement accessibles aux utilisateurs. Un employé du programme a affirmé : « En rétrospective, certaines personnes ont été contraintes d'accepter un logement qui ne leur plaisait manifestement pas, et nous le savions, car c'était la seule et unique option qu'ils avaient. » Si les clients n'aimaient pas leur logement, des décisions difficiles s'imposaient puisque les suppléments au loyer n'étaient plus transférables dans ce nouveau système, mais rattachés à certaines unités en particulier. En conséquence, certains utilisateurs vivant, par exemple, dans une maison d'hébergement, payaient un loyer plus cher qu'ils n'auraient payé dans un foyer de soins spéciaux ou dans le cadre d'un programme *Logement d'abord* assorti

d'un supplément au loyer, des types de logements ne faisant généralement pas partie des programmes *Logement d'abord*.

Certains utilisateurs ont mentionné les difficultés causées par ce changement d'orientation. L'un d'eux, demeurant dans un foyer de soins spéciaux, a eu le sentiment qu'il n'avait pas sa place parmi les autres résidents. D'autres ont évoqué le manque relatif de choix quant aux logements liés à la Société du logement du Nouveau-Brunswick. Un client a déclaré :

« Ils ont choisi le logement pour moi. Au départ, je ne voulais pas y vivre à cause de la drogue. J'ai donc refusé le premier immeuble qu'ils m'ont montré. J'ai dit non à la Société du logement du Nouveau-Brunswick à cause des voisins d'en haut. Je ne voulais pas vivre entouré de drogués. Les employés du programme ont fini par échanger mon logement avec celui d'une autre personne. C'est comme ça que je me suis retrouvé dans l'autre immeuble, loin de tout ça. »

Un deuxième a dit :

« Je n'ai pas participé à la recherche de ce logement. Ça m'a choqué parce que, comme j'ai dit, j'aimais beaucoup mon logement précédent. Le propriétaire était toujours disponible lorsqu'il y avait quelque chose à réparer et tout allait bien. Quand on m'a dit qu'on m'avait trouvé une unité de la Société du logement du Nouveau-Brunswick, j'ai senti que je n'avais pas vraiment le choix. »

Le personnel a quant à lui ressenti la pression de répéter aux utilisateurs que leur situation de logement allait changer, comme l'illustre la citation suivante :

« Nous avons dû répéter encore et encore que "non, nous n'offrons plus de logements. Même si vous n'aimez pas votre logement actuel, nous ne pourrions pas vous en trouver un nouveau si vous l'abandonnez." Nous n'avions rien d'autre à offrir. »

Du TAC au TAAC. Le deuxième changement significatif apporté à la suite du projet de démonstration était le passage d'un modèle de prestation de services axé sur le TAC à un modèle axé sur le TAAC, qui permettait de gérer un plus grand nombre de dossiers. Un répondant clé a déclaré que cette transition vers le TAAC devait se faire « sans compromettre la fidélité du programme, tout en maximisant les capacités sur le plan de l'aide apportée aux gens. » Le nombre de dossiers pouvant être traités avait également changé avec l'adoption du modèle de TAAC. Le personnel du programme a soulevé certaines difficultés initiales posées

par le passage au modèle de TAAC, et les employés faisant partie du groupe de discussion ont par la suite affirmé être revenus vers des services prodigués selon une approche plus près du TAC, avec une charge de travail partagée.

Le changement de modèle de prestation de services a augmenté le nombre de dossiers à gérer pour les employés. Au lieu du ratio habituel de 10 clients par employé, le programme devait atteindre un ratio de 16 à 20 clients par employé. Certains répondants clés ont signalé que ces ratios devraient être flexibles et déterminés en fonction des besoins des clients. Les employés ont mentionné que le programme comptait 14 ETP et avait une capacité de 220 utilisateurs. En février 2015, il comptait entre 130 et 140 participants. De ceux-ci, environ 50 avaient participé au projet de démonstration initial, selon les employés du programme.

À leur tour, ceux-ci ont soulevé certains problèmes causés par la transition vers le modèle de TAAC. Par exemple, un employé a évoqué les utilisateurs qui étaient passés entre les mailles du filet. Un autre a affirmé qu'il était difficile de faire le suivi auprès des clients en raison de la transition dans la prestation des services, comme l'illustre la citation suivante :

« Nous avons constaté que lorsque les gestionnaires de cas étaient jumelés à des clients, si l'un d'eux appelait et que son gestionnaire attitré n'était pas là, nous étions incapables de lui répondre. Nous n'avions que quelques bribes d'information sur la situation du client et sur ses besoins. À mon avis, le modèle de gestion de cas ne nous permettait pas de voir le portrait d'ensemble. »

Les employés ont affirmé que ces difficultés avaient fait en sorte qu'ils avaient renoué avec un modèle de prestation de services plus axé sur le TAC, avec une gestion partagée des dossiers.

Modification des critères d'admission au programme. Les critères d'admission au programme ont été modifiés au terme du projet de démonstration. La lutte contre l'itinérance n'était plus au cœur du programme parce que la responsabilité des services de logement n'incombait plus au ministère de la Santé. Un répondant clé a répété à maintes reprises que l'itinérance ne constituait plus un critère d'admission au programme, un changement qui a été confirmé par d'autres répondants clés et employés. Selon les répondants clés, ce changement a fait en sorte que le programme admettait majoritairement de nouveaux clients qui avaient déjà un logement.

Composition du personnel. La perte ou la compression de plusieurs postes importants au sein du programme constituait également un changement de taille. Le personnel a expliqué que l'équipe du programme comptait jadis un médecin, un psychiatre, un coordonnateur des

services d'employabilité et un coordonnateur au logement. Le rôle du chef des services cliniques a été transféré à deux gestionnaires d'équipe (un par régie régionale de la santé), ce que les employés ont décrit comme un recul, puisque le rôle de gestionnaire ne permettait pas de fournir un leadership clinique soutenu au personnel. Un répondant clé jugeait l'absence de chef des services cliniques problématique : « Maintenant qu'ils ont une gestionnaire d'équipe, dans un rôle qui a changé drastiquement, l'équipe se sent souvent seule et dépourvue, sans leadership. »

Comme mentionné, le programme offrait un soutien psychiatrique limité. Ce soutien variait d'une régie régionale de la santé à l'autre. L'une des régies fournissait les services d'un psychiatre que l'équipe consultait régulièrement, tandis que l'autre n'était pas en mesure d'en faire autant. Les patients relevant de cette dernière visitaient l'urgence pour obtenir des soins psychiatriques. Le programme a aussi perdu son adjointe administrative, ce qui a causé du stress aux employés.

Planification des services. Le personnel du programme a exprimé sa difficulté à élaborer des plans de rétablissement et à suivre les plans de services. Les employés ont trouvé difficile de présenter les plans de services aux autres durant les réunions d'équipe en raison du manque de temps pour passer en revue les plans de chacun des utilisateurs. Dans une entrevue subséquente réalisée en août 2015, un répondant clé a indiqué que l'équipe avait commencé à élaborer davantage de plans de rétablissement et que ceux-ci étaient alignés avec les objectifs des utilisateurs.

Intensité des services. Certains répondants clés et employés du programme ont constaté que la fréquence et l'intensité des contacts avec les participants avaient diminué. Un répondant clé a attribué ce phénomène au plus grand nombre de dossiers à gérer et à des besoins réduits en matière de services par certains utilisateurs, qui se portaient bien. Selon un autre répondant clé, la baisse d'intensité des services s'expliquait par la modification de la composition de l'équipe. Certains services en particulier, comme le transport des participants à des rendez-vous non médicaux, n'étaient plus offerts.

Quelques utilisateurs ont également signalé une baisse de l'intensité des services. Un utilisateur a trouvé que le temps de réponse à ses besoins était long : « Lorsque je demande de l'aide, c'est que j'en ai besoin; pourquoi ne me donnent-ils pas cette aide tout de suite? Ils attendent, attendent et attendent, et je finis par trouver de l'aide ailleurs. Ça ne fonctionne pas, comprenez-vous? » Ce sentiment était partagé par un autre utilisateur, qui a souligné les

répercussions des changements de personnel. Il a également évoqué la diminution des services multidisciplinaires offerts.

Financement et budget

Des répondants clés ont indiqué que des fonds avaient été octroyés pour le maintien de certains services au terme du projet de démonstration *Chez Soi*. Le financement des services de soutien en santé mentale était assuré par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire des deux régies régionales de la santé. Chaque régie fournissait 500 000 \$ par année, pour un total d'un million de dollars. Ces sommes couvraient les salaires du personnel clinique de l'équipe de TAAC. Des répondants clés ont aussi mentionné que les utilisateurs qui avaient participé au projet de démonstration avaient accès au logement dans une certaine mesure grâce au financement du ministère du Développement social. Toutefois, aucun nouveau financement n'a été octroyé précisément pour répondre aux besoins en matière de logement des utilisateurs du programme.

Des répondants clés ont indiqué que la durabilité du programme passait par des investissements considérables à long terme. Ils étaient encouragés du fait que des sommes avaient été investies et maintenues pour l'équipe de TAAC, ce qu'ils voyaient comme un indicateur du succès du programme et de l'engagement du gouvernement. Néanmoins, certains répondants clés ont mentionné que le financement était limité, ce qui avait mené à la suppression d'activités et de postes au sein de l'équipe de soutien clinique. Les salaires étaient classés au premier rang des priorités, devant le maintien des services du modèle *Logement d'abord* en tant que tels.

Maintien en poste des employés

Un des principaux résultats en matière de durabilité a trait au maintien en poste des employés ayant participé au projet de démonstration *Chez Soi*. Le personnel du programme et les répondants clés ont expliqué qu'au terme du projet expérimental, les employés avaient dû de nouveau postuler à leur poste. Certains membres de l'équipe ont perdu leur emploi, remplacés par de nouvelles embauches. D'autres postes et rôles ont été supprimés. Les avis sur la mesure dans laquelle le personnel original a été conservé étaient partagés parmi les répondants clés et les employés. Un répondant clé a jugé le roulement de personnel minime :

« Nous avons eu de la chance, puisque nous avons pu conserver, à mon avis, au moins 75 p. 100 des employés qui avaient participé au projet de démonstration. »

Un autre répondant clé tirait une tout autre conclusion : « Les postes ont dû être réaffectés, ce qui a causé un gros mouvement de personnel. Presque toute l'équipe était nouvelle. »

La correspondance entre la structure et la composition de l'équipe de programme et celle de l'équipe originale ne faisait pas l'unanimité. Certains répondants clés et employés ont souligné que les pairs aidants qui avaient participé au projet de démonstration étaient demeurés au sein du programme et avaient continué à fournir un soutien précieux aux clients. Toutefois, d'autres postes de l'équipe originale ont subi un autre sort. Certains employés, en particulier, ont indiqué qu'ils avaient « perdu certains éléments très importants, comme un médecin, un psychiatre, un coordonnateur des services d'employabilité, une coordonnatrice au logement et une adjointe administrative. »

Autant le personnel du programme que les répondants clés ont mentionné l'élimination du rôle de chef des services cliniques. Ce rôle, jugé essentiel au fonctionnement de l'équipe, a été remplacé par des chefs d'équipe gestionnels et administratifs appartenant aux deux régions régionales de la santé. Un des répondants clés a indiqué que les nouveaux chefs d'équipe « jouaient un rôle beaucoup plus administratif, par opposition à un rôle qui était jadis plus clinique. Le rôle a changé. En fait, il n'y a plus vraiment de chef d'équipe. » Les employés du programme ont décrit l'absence de chef des services cliniques comme un « nouveau défi » qui avait causé une désorganisation et un manque de direction.

Aussi, les répondants clés et les employés ont reconnu l'importance de la rétention du personnel pour la durabilité et la continuité des services. Il semble que le taux de rétention trop faible ait causé certaines difficultés, dont le bouleversement de l'organisation et un effritement du sentiment de cohésion. Les nouveaux employés ont été décrits comme peu formés et expérimentés quant au TAC, au TAAC et au modèle *Logement d'abord*, ce qui a nui à la capacité de l'équipe à appliquer fidèlement ces modèles.

Un répondant clé a fait remarquer que « quand l'équipe changeait, on avait tendance à mettre la philosophie un petit peu de côté. » Quand plusieurs membres de l'équipe originale sont partis, ce sont aussi leurs connaissances, leur expérience et leurs contacts qui ont été perdus. Par exemple, un employé a affirmé :

« Notre coordonnatrice au logement avait noué des relations avec les propriétaires et détenait une mine de renseignements. Dès qu'un problème surgissait, nous pouvions l'appeler et elle nous dirigeait vers la bonne personne. Lorsque nous l'avons perdue et que nous avons entrepris la transition, nous avons aussi perdu tout le réseau de contacts qu'elle avait bâti. »

Des répondants clés et des employés du programme ont remarqué qu'il avait été difficile pour certains membres de l'équipe originale de continuer leur travail en raison des changements apportés aux services offerts aux utilisateurs. Le départ de plusieurs membres de l'équipe a forcé les employés restants à remplir autrement les rôles qui avaient été éliminés et à s'en remettre de plus en plus à des partenaires externes. Un des employés a illustré la situation comme suit :

« Évidemment, les défis étaient plus nombreux et la situation était parfois frustrante. Laisser aller le projet Chez Soi n'a pas été facile. Nous avons vécu une transition où nous avons dû mettre fin à notre service cinq étoiles. Ça a été une déception pour nous, comme fournisseurs de service, et pour moi à titre personnel. »

Les utilisateurs du programme ont vécu les contrecoups de la faible rétention de personnel. Un employé a cité les échos qu'il recevait des clients : « Il y a trop de nouvelles personnes, je n'arrive plus à obtenir de rendez-vous, je suis fatigué d'avoir à répéter sans cesse mon histoire. » Un répondant clé a également indiqué que le roulement de personnel se répercutait sur les listes d'attente d'utilisateurs :

« Il y a eu une forte rotation de personnel. Je pense que cette situation a affecté les services en allongeant la période d'attente. Dans la transition du TAC vers le TAAC, des clients que nous savions admissibles parce qu'ils répondaient à nos critères de sélection se sont retrouvés sur la liste d'attente parce que nous ne disposions pas d'une main-d'œuvre suffisante pour les ajouter à notre charge de travail. »

Partenariats locaux

Les partenariats avec d'autres organismes étaient jugés importants pour répondre aux besoins des utilisateurs lorsque les ressources nécessaires n'étaient pas disponibles au sein de l'équipe. Selon un répondant clé, le projet *Chez Soi* pourrait avoir suscité de nouvelles discussions entre le personnel du programme et différents organismes. Ce répondant estimait que le programme avait permis d'améliorer la relation entre les partenaires, entre autres le ministère du Développement social, les organismes communautaires et les fournisseurs de services cliniques.

Ministère du Développement social

Le maintien du programme mis en place dans le cadre du projet de démonstration nécessitait une collaboration intersectorielle entre les ministères provinciaux de la Santé et du Développement social et les régies régionales de la santé. Le ministère du Développement social, qui a accepté d'offrir des logements subventionnés, était considéré comme collaboratif et disposé à aider les clients sans-abri à mettre fin à leur itinérance. Il a également contribué à l'offre de logements avec services de soutien gérés par des personnes ayant des antécédents de maladie mentale qui avaient été créés dans le cadre du projet *Chez Soi*, en plus de participer à étendre ce modèle à un deuxième immeuble. La relation avec ce ministère, titulaire du mandat du logement, a été jugée fondamentale.

Un répondant clé a indiqué que la collaboration à ce projet avait favorisé des interactions plus étroites entre les ministères de la Santé et du Développement social. Les personnes interrogées ont constaté que ces deux entités se renvoyaient jusque-là la responsabilité des itinérants aux prises avec des problèmes de santé mentale. Travailler de concert à ce projet leur a permis de raffermir le partenariat qui les unit. Ce lien pourrait se transposer dans le développement d'autres projets.

Quelques intervenants ont cependant signalé les défis posés par cette collaboration interministérielle. Le ministère du Développement social a fait l'effort de subventionner le logement des utilisateurs du projet *Chez Soi* au terme de celui-ci. Toutefois, peu de ressources étaient consacrées aux suppléments au loyer et aux logements sociaux de Moncton, aux prises avec de longues listes d'attente. Lorsqu'un client avait besoin d'un nouveau logement, il était difficile de lui en dénicher un. Un répondant clé trouvait que depuis la fin du projet *Chez Soi*, le ministère du Développement social était moins engagé dans le programme, tandis qu'un autre était d'avis que le ministère de la Santé s'était détourné du projet.

La communication entre le programme et le ministère du Développement social a aussi posé problème. Des répondants clés ont dit que ce ministère n'avait désigné aucun représentant officiel pour s'occuper du programme. En outre, aucun employé du ministère ne participait aux réunions régulières sur les utilisateurs. On a indiqué qu'il pourrait être bénéfique que le ministère du Développement social affecte un agent de liaison au programme, puisque cette personne-ressource serait à même de pleinement comprendre les difficultés vécues par les utilisateurs. On a aussi suggéré qu'un employé du ministère du Développement social assiste régulièrement aux réunions matinales afin de renforcer la collaboration avec l'équipe. Cette participation permettrait au programme et au ministère de mieux comprendre le point de vue de l'autre partie et de mieux intégrer leurs services. De plus, on a relevé un différend quant à la philosophie du programme. En effet, deux répondants clés ont indiqué que le ministère du Développement social n'avait pas adopté l'approche *Logement d'abord*. Étant donnée l'importance perçue de l'accès au logement, le maintien de la relation avec le ministère du Développement social était considéré comme prioritaire.

Organismes communautaires

Les organismes communautaires étaient également des partenaires de premier plan du programme, qui obtenait diverses ressources pour ses utilisateurs par leur intermédiaire. Un répondant clé a signalé que le programme semblait davantage faire appel aux services communautaires qu'auparavant et gagnerait à poursuivre cette collaboration. Sur le plan du logement, certains utilisateurs présentaient leur demande à des organismes communautaires, comme le YMCA, même si le logement lui-même était subventionné par le ministère du Développement social. Les employés du programme ont également orienté des utilisateurs vers des ressources en emploi, comme la Société John Howard. Un employé a d'ailleurs dit communiquer régulièrement avec le personnel de cet organisme. La banque alimentaire était aussi considérée comme une partenaire. Le programme a également fait appel à des ressources communautaires pour accéder à des programmes éducatifs pour ses clients.

La clinique Salvus a prolongé son partenariat avec le programme et continue d'offrir des services de santé aux utilisateurs. Cette relation a permis le maintien des soins de santé prodigués aux clients du programme. Centraide, qui avait participé au projet *Chez Soi*, a poursuivi son travail auprès des utilisateurs après la période de transition en offrant deux logements avec services de soutien par les pairs.

Services cliniques

L'équipe s'est alliée à d'autres regroupements et initiatives de santé mentale, de sorte que les utilisateurs ont pu continuer d'obtenir différents services. Par exemple, certains clients ont pu suivre une thérapie comportementale dialectique et recevoir des services de soutien psychologique. En effet, même si l'équipe ne comptait aucun psychiatre, elle avait accès à un psychiatre ambulancier qui venait offrir ses services de consultation toutes les six à huit semaines.

L'équipe a également fait appel aux services de l'unité mobile d'intervention en cas de crise. Cette unité recevait les appels en dehors des heures de bureau, puis informait le personnel du programme de ses interventions le lendemain. Elle était disponible pour épauler les employés du programme qui travaillaient seuls les soirs et les fins de semaine.

Au chapitre des hôpitaux, on a indiqué que les psychiatres des deux établissements avaient continué de soutenir les utilisateurs du programme. On a d'ailleurs mentionné que la communication avec les hôpitaux s'était améliorée et que leur personnel médical consultait l'équipe de programme lorsqu'un de ses utilisateurs était hospitalisé. Les employés ont par contre précisé que c'était à leur demande que le personnel hospitalier les contactait pour la planification des congés; ils ont dû faire les démarches auprès des établissements pour que ceux-ci les informent lorsqu'un utilisateur hospitalisé était prêt à recevoir son congé.

Autres partenariats

Lorsque c'était possible, les employés du programme ont continué à intervenir auprès des propriétaires pour éviter que des utilisateurs ne perdent leur logement. Certains propriétaires, familiers avec l'équipe, étaient prêts à collaborer avec elle. On a indiqué que le projet *Chez Soi* pourrait avoir rallié de nouveaux acteurs des gouvernements municipaux à la cause de l'itinérance. Par exemple, le ministère de la Santé était désormais partenaire du Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton. Un répondant clé a remarqué une communication possiblement plus soutenue entre les organismes non gouvernementaux sans but lucratif et le gouvernement provincial depuis le projet de démonstration *Chez Soi*.

Influence du modèle *Logement d'abord*

L'influence du modèle *Logement d'abord* sur les pratiques en place dans d'autres secteurs des systèmes de santé mentale, de traitement des toxicomanies et de logement du Nouveau-Brunswick fait également partie des résultats notables en matière de durabilité du programme. Des répondants clés et des employés du programme ont signalé que le gouvernement provincial avait manifesté de l'intérêt pour la philosophie *Logement d'abord*, y compris la notion de désinstitutionnalisation, pour l'intensité et la globalité des services offerts, pour l'approche de proximité et pour le modèle de TAAC. Ce programme était le premier dans la province à fournir un soutien communautaire par le truchement d'une équipe multidisciplinaire. Il faut mentionner que le plan d'action en santé mentale de sept ans du Nouveau-Brunswick prévoyait la mise en œuvre d'initiatives de TAAC dans d'autres régions dans la province.

On a jugé que la composante du soutien par les pairs du modèle *Logement d'abord* avait eu des retombées particulièrement substantielles. Des répondants clés et des employés du programme ont révélé que de nouveaux postes de pairs aidants avaient été créés par le système de santé mentale de la province à la suite du projet expérimental *Chez Soi*. Un répondant clé a expliqué :

« Pour tout vous dire, nous appliquons l'approche du soutien par les pairs à tous les aspects des services que nous offrons. Nous intégrons les personnes ayant des antécédents de maladie mentale plus que jamais auparavant. Je crois que notre régie de la santé fait œuvre de pionnière en s'assurant de tenir compte des points de vue et des besoins des clients, plutôt que de leur dire de quoi ils ont besoin. Ce n'est pas un modèle médical, mais un modèle collaboratif. Je crois que c'est le projet *Chez Soi* qui nous a permis d'adopter cette approche. »

En outre, les logements avec services de soutien par les pairs qui avaient été mis en place dans le cadre du projet de démonstration ont été maintenus, et cette approche a été étendue à un deuxième immeuble :

« C'est une des perles qui sont ressorties du projet *Chez soi* et que nous avons conservées. Forts de ce succès, nous avons été en mesure de convaincre, sans trop de mal, le ministère du Développement social que nous pourrions continuer à propager ce modèle pour récolter de nouveaux succès. On a désormais deux immeubles. Ce sont deux immeubles absolument identiques où on retrouve cinq logements réservés aux personnes vulnérables, et ce sont des pairs aidants qui agissent comme responsables de l'immeuble. »

Les répondants clés et les employés du programme considéraient que le modèle *Logement d'abord* avait contribué à réduire la stigmatisation entourant la maladie mentale dans la collectivité et dans les hôpitaux de la région. Ils ont aussi mentionné que cette approche avait offert des occasions d'apprentissage à Centraide et à d'autres organismes communautaires, qui ont décidé d'appliquer ces connaissances à de nouveaux programmes et initiatives. Selon un répondant clé, « les effets positifs de cette approche, ce sont les apprentissages que nous avons pu en tirer. Nous avons compris que nous sommes en mesure d'offrir les services d'une autre façon. » Le projet de démonstration a en outre permis aux parties prenantes de prendre conscience de l'importance capitale du logement : « Le projet nous a démontré qu'il faut absolument trouver un logement aux utilisateurs du programme. »

D'autres programmes et services ayant fait leur apparition à la suite du projet de démonstration se sont imprégnés de diverses composantes du modèle *Logement d'abord*. Deux initiatives ont été données en exemple : un programme de logement pour personnes âgées et un programme de suppléments au logement exécuté par le YWCA et le ministère du Développement social. Un répondant clé a expliqué le rôle essentiel que jouent les gestionnaires ayant participé au projet expérimental dans la promotion du modèle *Logement d'abord* :

« Grâce au travail accompli dans le cadre du projet Chez Soi à Moncton, des cadres supérieurs, tant à l'échelle régionale que provinciale, ont pu constater les avantages de cette approche. C'est pourquoi le ministère du Développement social a lancé une initiative d'envergure adressée aux aînés, appelée *D'abord chez soi*. Ce programme reprend les principes de la philosophie *Logement d'abord*, consistant à assurer que les utilisateurs ont un logement et à les soutenir dans leur domicile. »

Les employés du programme ont également contribué activement à promouvoir le modèle *Logement d'abord*. Ils ont raconté, par exemple, avoir été jumelés à des gestionnaires, des membres d'autres équipes ou des étudiants universitaires et partagé leurs connaissances avec ceux-ci afin de faire connaître le caractère innovateur de l'approche *Logement d'abord* et du modèle de TAAC.

Expansion/propagation du modèle *Logement d'abord*

Les répondants clés et le personnel du programme ont unanimement affirmé que le modèle *Logement d'abord* n'avait pas été adopté dans son intégralité ailleurs dans la province. Ils ont reconnu que le ministère du Développement social et les régies régionales de la santé avaient apporté certaines modifications à leurs mandats respectifs, mais sans appliquer entièrement l'approche *Logement d'abord*. Plusieurs répondants clés ont évoqué les obstacles freinant ce type de changements

systemiques, par exemple le manque de fonds et l'absence d'une stratégie officielle pour favoriser la durabilité du programme ou la propagation du modèle. Un répondant clé a insisté sur la nécessité de créer, dès le lancement du programme, un poste ou un rôle durable ayant pour mission d'assurer la pérennité du modèle *Logement d'abord*. Les tentatives de faire connaître les apprentissages effectués grâce au projet *Chez Soi* aux représentants du gouvernement étaient parfois accueillies avec un faible niveau d'intérêt ou d'adhésion. Un des répondants clés a résumé ainsi la situation : « Ils n'adhèrent pas au concept. Il est difficile de leur vendre le concept. »

Les répondants clés et les employés du programme ont affirmé que la faible mesure dans laquelle les services *Logement d'abord* du programme *Chez Soi* ont été conservés n'a pas été relayée aux médias par les fonctionnaires provinciaux. Le public a eu l'impression que le projet *Chez Soi* se poursuivait, tandis qu'en réalité, seuls les salaires de certains membres de l'équipe de soutien étaient reconduits. Comme l'a expliqué un répondant clé, étant donnée l'attention accordée aux résultats positifs du projet *Chez Soi* partout au Canada, « d'un point de vue politique, il aurait été très défavorable pour le gouvernement d'annoncer qu'il laissait tomber l'initiative. » Le personnel du programme s'est remémoré sa réaction à une annonce publiée dans les médias à la suite du projet de démonstration :

« C'était tout un coup médiatique. Nous étions tellement fâchés parce que toutes les personnes présentes faisaient comme si le programme *Logement d'abord* était toujours en place. Un programme fantôme, peut-être! C'était terrible. Quand nous avons appris qu'ils conservaient l'approche *Logement d'abord*, tous ceux qui étaient demeurés en poste se sont demandé quels logements nous allions bien pouvoir fournir. Comme équipe, nous avons vécu une expérience douloureuse. »

Si les répondants clés et les employés du programme convenaient que le modèle *Logement d'abord* n'avait pas encore été adopté intégralement au niveau des systèmes, cette approche a tout de même reçu l'appui de la communauté et de certains petits organismes de services sociaux. Cependant, le financement insuffisant limitait la capacité de maintenir les suppléments au logement. Un répondant clé a expliqué :

« Les organismes communautaires adhèrent totalement au concept de *Logement d'abord*. Avec le soutien qu'il offre, ce modèle convient parfaitement à notre communauté. Nous reconnaissons cela, mais dans la structure financière actuelle, comment pouvons-nous offrir des logements subventionnés sans recevoir de financement à cet égard? Cet argent n'est pas facile à obtenir. Le portefeuille des logements subventionnés est divisé entre plusieurs dossiers. C'est tout un défi pour les organismes. Certes, ils ont eu droit à un certain nombre d'unités subventionnées dans le cadre du programme *Logement d'abord*, mais ce n'est pas assez. »

FIDÉLITÉ

Évaluation de la fidélité

Les résultats de l'évaluation de la fidélité du programme sont présentés en annexe. Le personnel du programme a jugé que ce dernier était demeuré très fidèle dans les domaines de la Séparation du logement et des services et de la Philosophie du service. Au chapitre de la Gamme de services, la fidélité a également été jugée élevée, sauf pour le manque de soins de santé physique offerts par les membres de l'équipe. Par contre, la fidélité dans les domaines de la structure de l'équipe et des ressources humaines a été jugée faible en raison des contacts en personne peu fréquents entre employés et participants et du peu de rétroaction des utilisateurs quant aux activités et aux politiques du programme (p. ex. absence d'occasions régulières pour les participants de transmettre leurs commentaires, absence de participants aux comités de la planification et de mise en œuvre). Le personnel a évalué comme faible la fidélité du processus d'attribution de logements et de la structure du programme, car le programme était incapable d'offrir des suppléments au logement à ses clients et mettait parfois plus d'un an à trouver un logement à ces derniers. De plus, seulement 31 à 45 p. 100 des utilisateurs consacraient 30 p. 100 ou moins de leurs revenus au loyer.

Facteurs ayant influencé la durabilité

Contexte politique et financement

Les répondants clés et les employés du programme ont énuméré plusieurs règlements et mandats en vigueur au Nouveau-Brunswick qui ont influencé la durabilité du programme. La politique qui a eu les répercussions les plus considérables est la séparation des services de santé mentale et du logement, confiés à deux ministères distincts : celui de la Santé et celui du Développement social. Au terme du projet de démonstration, l'administration du programme est passée des mains de la clinique Salvus au ministère de la Santé, pour être exécutée par les deux régies régionales de la santé (Vitalité et Horizon). Des répondants clés et des employés du programme ont expliqué que cet aménagement « très complexe » avait causé un manque de leadership stable. En effet, les membres de l'équipe de TAAC se rapportaient à différents supérieurs et devaient se conformer aux politiques et aux règlements propres à la régie régionale de la santé qui les embauchait.

En outre, les répondants clés et les employés du programme ont indiqué que le ministère de la Santé n'avait désigné aucun représentant pour s'occuper des besoins en matière de logement des utilisateurs. La responsabilité de maintenir le soutien au logement prodigué aux utilisateurs du projet de démonstration est passée au ministère du Développement social. Des répondants clés et des

employés du programme ont indiqué que cette division imposée du soutien en santé mentale et du logement avait dressé un obstacle majeur à la durabilité du modèle *Logement d'abord* en rendant la prestation de services « déconnectée » et « incohérente ».

La responsabilité des utilisateurs qui avaient participé au projet de démonstration incombait désormais au ministère du Développement social; bon nombre d'entre eux ont alors été transférés d'un logement privé vers le système de logements sociaux de la province. Cette transition signifiait que les principes de *Logement d'abord*, notamment la possibilité pour les clients de choisir leur logement et la permanence du logement, étaient considérablement restreints par diverses politiques du ministère du Développement social. Ainsi, certains utilisateurs ont été forcés de déménager parce que le logement qu'ils avaient obtenu dans le cadre du projet de démonstration ne satisfaisait pas aux différentes normes du ministère. Ces normes portaient par exemple sur la fenestration et la taille des pièces et interdisaient les appartements en sous-sol. De plus, les suppléments au loyer n'étaient plus transférables, mais liés au logement plutôt qu'au locataire. Si un utilisateur perdait son appartement, il n'avait pas droit à la subvention pour un nouveau logement. Dans l'ensemble, le ministère du Développement social a été décrit comme « une grosse machine », trop vaste et trop rigide pour s'adapter aux besoins particuliers des utilisateurs et y répondre. Les employés du programme ont décrit ces inconvénients comme suit :

« Nous avons réussi à obtenir que le ministère du Développement social s'engage à nous offrir toutes les unités disponibles dont il disposait, mais cette entente ne permettait pas aux clients d'exercer un choix et n'offrait pas la garantie d'un soutien prolongé. De notre part, peut-être, mais pas du ministère du Développement social, et si pour quelque raison que ce soit, un utilisateur quittait son logement, le ministère n'était aucunement engagé à lui en trouver un nouveau. »

En plus des obstacles liés aux politiques, les répondants clés et le personnel du programme ont reconnu que le contexte économique de la province et la rareté des subventions avaient fortement influencé la durabilité du programme. La province a été décrite comme « très pauvre » et « au bord de la faillite », aux prises avec une demande de logements subventionnés qui dépasse le financement disponible. Certains répondants clés considéraient que les services fournis dans le cadre du projet *Chez Soi* coûtaient trop cher pour que la province puisse les maintenir. Un répondant clé a formulé le commentaire suivant sur la situation du financement au Nouveau-Brunswick :

« J'en ai la nausée quand j'apprends les sommes que l'Ontario investit dans certains enjeux de santé communautaire et dans la santé mentale. Pendant ce temps, au Nouveau-Brunswick, nous avons du mal à injecter quelques millions dans un même domaine, et on sait que l'argent s'évapore rapidement de nos jours. Évidemment, la grande densité de population procure un avantage à des villes comme Toronto. La population plus clairsemée de petites provinces comme la nôtre nous fait mal, parce que les groupes vulnérables et dans le besoin ne forment pas une masse critique assez importante pour justifier des investissements aussi élevés que dans d'autres centres urbains. »

Contexte communautaire

Plusieurs caractéristiques du contexte communautaire local ont influencé la durabilité du programme. Des répondants clés et des employés du programme ont parlé des longues listes d'attente pour des logements sociaux et des services de soutien, particulièrement pour le groupe des adultes célibataires desservis par le programme. En raison du manque de ressources et de services à Moncton, le personnel du programme avait du mal à orienter les utilisateurs vers certains services comme le traitement des toxicomanies et les logements subventionnés. Les employés ont décrit ainsi les difficultés qu'ils éprouvaient à obtenir des logements du ministère du Développement social pour les utilisateurs placés sur la liste d'attente :

« En dehors du TAAC et du projet Chez Soi, les listes d'attente sont longues. On nous a clairement fait savoir que nous avons reçu un traitement de faveur vers la fin du projet, et je crois que d'une certaine manière, ce privilège a causé notre stigmatisation. Cette attitude n'a pas disparu, puisque chaque fois qu'un ancien participant du projet Chez Soi quitte un logement, c'est presque mission impossible de le conserver. Nous ne recevons pas un bon accueil des fonctionnaires lorsque nous les implorons de conserver cette unité pour que des personnes en attente puissent en profiter. »

D'autres répondants clés et employés du programme ont souligné des facettes plus positives de la communauté qui ont favorisé la durabilité du programme à Moncton. La ville a été décrite comme une collectivité tissée serrée qui a adhéré à l'approche *Logement d'abord* et qui est consciente et soucieuse des besoins des sans-abri. Un répondant clé a mentionné le grand nombre de logements sociaux disponibles à Moncton. Il a également souligné la présence de l'unité d'intervention en cas de crise, qui fournit des services en dehors des heures de bureau et à laquelle les utilisateurs du programme peuvent faire appel. Cette unité commençait alors à travailler en collaboration avec la GRC et accompagnait celle-ci dans ses interventions. Un autre répondant clé a signalé la présence de nombreux services de soutien communautaire, dont une banque alimentaire et des refuges d'urgence.

Soutien organisationnel

Le ministère de la Santé était considéré comme un « acteur de premier plan » dans la transition du projet *Chez Soi*. Ce ministère finançait les salaires des employés du programme par l'intermédiaire des deux régies régionales de la santé. Celles-ci ont accepté d'adapter une équipe de TAAC chargée d'offrir des services de soutien aux utilisateurs. Le ministère de la Santé a commencé à injecter des fonds à mesure que le financement du projet *Chez Soi* tirait à sa fin pour assurer que les utilisateurs avaient toujours accès à des services de soutien.

Quelques autres organismes ont aussi offert leur soutien pour maintenir le programme. Par exemple, le ministère du Développement social a donné son appui financier au volet logement. Un répondant clé a indiqué que l'équipe de recherche de l'Université d'Ottawa avait offert de participer à l'évaluation de la fidélité, mais il n'était pas certain de ce qui était advenu de cette proposition. La Commission de la santé mentale du Canada a fourni un soutien initial, mais les personnes interrogées n'avaient pas senti qu'elle avait participé à la transition du programme après le projet *Chez Soi*.

Les changements au sein du personnel de gestion de ces organismes de soutien ont posé des défis. Par exemple, l'une des régies régionales de la santé faisait l'objet d'une restructuration où plusieurs employés ont été mutés. Les nouveaux gestionnaires et décideurs affectés au programme n'avaient eu aucun contact précédent avec le projet *Chez Soi*. Comme ces nouveaux responsables du programme à la régie régionale de la santé n'étaient pas nécessairement aussi familiers avec le projet *Chez Soi*, des connaissances ont été perdues. Un répondant clé a estimé qu'en raison des autres dossiers occupant ces gestionnaires, le programme pourrait avoir été relégué à un rang de priorité inférieur. Le ministère du Développement social a lui aussi remanié ses postes de direction, ce qui a également causé une perte de connaissances sur le projet *Chez Soi*. Un répondant clé a mentionné que les gestionnaires qui n'avaient pas fait partie du projet depuis ses débuts n'étaient pas aussi conscients des retombées du programme et ne s'y intéressaient donc pas autant. On a indiqué qu'ils n'y adhéraient peut-être pas complètement.

Leadership à l'échelle locale

Forces

La chef du projet *Chez Soi*, les membres du comité consultatif local, le chef d'équipe et la directrice régionale du ministère du Développement social ont été décrits comme des leaders dans l'exécution du projet à Moncton.

La chef de projet a été mentionnée le plus fréquemment. Des répondants clés ont décrit sa capacité à rassembler la communauté pour soutenir les personnes marginalisées, comme l'illustre le commentaire suivant :

« Honnêtement, une bonne part du crédit revient à [la chef de projet]. Elle a vraiment permis à la communauté de comprendre la vulnérabilité et les besoins des utilisateurs et a sensibilisé les gens à ce qu'ils peuvent apporter à cet enjeu, par exemple en refusant d'éviter et de condamner les personnes aux prises avec des maladies mentales chroniques qui sont aussi itinérantes, et qui souffrent, dans certains cas, de graves problèmes de dépendance. »

On a dit de la chef de projet qu'elle a participé à la prise de décisions dans l'intérêt des utilisateurs. Elle a rencontré les représentants des ministères provinciaux pour faciliter la transition et assurer le maintien du programme au terme du projet de démonstration. Elle s'est toutefois retirée du programme depuis.

Les personnes interrogées ont indiqué que le comité consultatif local du projet *Chez Soi* avait également contribué à la transition en s'assurant que les utilisateurs pourraient conserver leur logement au terme de la phase expérimentale. Toutefois, ce comité a été dissout lorsque le projet de démonstration a pris fin. On a aussi attribué au personnel du programme d'avoir donné un élan supplémentaire pour faire en sorte que les utilisateurs puissent conserver leur logement durant la transition. Un gestionnaire de l'équipe aurait aussi travaillé de concert avec le ministère du Développement social pour aider les clients en ce sens. Un répondant clé a jugé important le soutien prodigué par les directeurs régionaux. En particulier, on a souligné que la directrice régionale du ministère du Développement social était consciente des bienfaits du logement pour les utilisateurs et avait le programme à cœur.

Difficultés

Quelques répondants clés ont signalé qu'au terme du projet de démonstration, ce dernier a souffert d'un manque de leadership où personne n'avait été mandaté de maintenir le programme et d'assurer sa durabilité. Un répondant clé a insisté sur l'importance de désigner un responsable pour s'occuper d'un programme après un projet expérimental, sans quoi ce programme risque d'être abandonné :

« À mon avis, la principale leçon à retenir est qu'il faut absolument qu'une personne s'occupe de la transition et prenne le relais après un projet de démonstration si on veut garder ce projet en vie. Il faut nommer un coordonnateur qui s'assure de la durabilité de l'initiative. Autrement, les gens retournent dans leurs ministères respectifs et le projet est mis au rancart. »

Formation continue

Les répondants clés et les employés du programme ont indiqué que le personnel avait suivi certaines formations, par exemple sur l'entrevue motivationnelle, le rétablissement, les premiers soins et la prévention du suicide, en précisant que ces formations étaient exigées par les autorités provinciales. Avant la conclusion du projet, le personnel avait également reçu une courte formation sur la distinction entre le TAC et le TAAC. Certains employés avaient suivi une formation sur l'approche axée sur les forces. C'est dire que les formations offertes portaient davantage sur la santé mentale en général que précisément sur l'approche *Logement d'abord*.

Certains répondants clés et employés du programme ont indiqué que le personnel et les gestionnaires n'avaient reçu que très peu de formations. L'un d'eux imputait cette situation aux ressources financières insuffisantes. Le manque de formations a semblé se répercuter sur la capacité du personnel à fournir les services prévus. Le programme était censé suivre une approche de TAAC, plutôt que de TAC. Or, l'équipe n'avait été que sommairement initiée au TAAC. La formation reçue consistait en une introduction au TAAC et aux différences entre le TAC et le TAAC. Par surcroît, étant donné le roulement du personnel, plusieurs employés n'avaient même pas pu suivre cette formation. On a jugé que ce manque de formations avait nui à la capacité de l'équipe à offrir des services selon le modèle du TAAC.

Au sujet du peu de formations sur ce modèle, un répondant clé a mentionné :

“Moi je vois ça comme un des gros morceaux, le manque de formation, parce que la formation selon mes connaissances ce que je sais, n'a pas été faite de la façon qu'on était en train de l'enligner.”

Les personnes interrogées estimaient qu'il aurait été bénéfique de recevoir un meilleur encadrement pour l'adoption du modèle de TAAC. Aussi, aucune formation sur le modèle *Logement d'abord* n'avait été donnée depuis la fin du projet *Chez Soi*, ce qui signifie que la majorité des employés du programme n'avaient pas été formés pour appliquer cette approche pendant qu'ils étaient membres de l'équipe. Selon plusieurs, cette situation contrastait avec la phase de démonstration du projet, où le personnel recevait des formations sur l'approche *Logement d'abord* et sur la façon d'intervenir auprès de personnes souffrant de maladies mentales graves.

Autres facteurs ayant influencé la durabilité

Difficultés de recrutement

Les répondants clés et le personnel du programme ont affirmé qu'il avait été difficile d'embaucher des employés familiers avec la philosophie *Logement d'abord* et prêts à travailler au sein d'une équipe innovatrice. Considérée comme unique, l'équipe de TAAC s'éloignait de la manière traditionnelle de fournir des services aux utilisateurs dans le domaine de la santé mentale. Les employés devaient s'acquitter d'une vaste gamme de tâches et s'échangeaient les rôles au sein de l'équipe : « Nous étions parfois sortis de notre zone de confort sur le plan professionnel. » Ils ont expliqué qu'il était difficile de pourvoir certains postes parce que les employés étaient appelés à offrir des services dans la communauté, ce qui diffère de la manière dont ces services sont habituellement prodigués aux clients ayant des besoins élevés.

Critères de sortie du programme

Les répondants clés et les employés du programme ont aussi indiqué que les critères de sortie du programme avaient influé sur la durabilité de celui-ci. Un répondant clé a déploré le manque de clarté des critères de sortie. Le personnel a expliqué que les utilisateurs hésitaient à quitter le programme, même lorsqu'ils allaient mieux ou que le service ne répondait pas exactement à leurs besoins précis. Certains utilisateurs qui avaient obtenu leur congé ont vécu une période de crise et ont été réadmis au programme sans passer par le processus d'orientation et d'admission. Le personnel a souligné l'importance de rediriger les utilisateurs vers des « systèmes de soutien naturels » le plus tôt possible. Les longues listes d'attente pour des services de soutien à Moncton se sont également répercutées sur les critères de sortie du programme. Un répondant clé a expliqué :

« Les équipes de traitement ont toutes des listes d'attente. Nous ne voulons pas réduire le soutien que nous offrons aux clients, parce que cela fait en sorte qu'ils se retrouvent sur des listes d'attentes et finissent par ne rencontrer personne. »

Résultats de recherche

Les résultats de recherche du projet de démonstration *Chez Soi* auraient également influencé la durabilité du programme. En effet, les personnes interrogées ont évoqué l'effet limité de ces résultats au sein du ministère de la Santé, en particulier. Le personnel du programme et les répondants clés se demandaient dans quelle mesure les fonctionnaires avaient eu connaissance des résultats. Un répondant clé a mentionné la façon « douteuse » dont les résultats ont été présentés lors de l'annonce du financement accordé au programme. Un autre a exprimé sa déception quant aux résultats :

« Au chapitre des données prises en compte par les régies de la santé, il n'y avait pas vraiment de différence marquée entre le groupe témoin et les participants. Il y avait un certain chevauchement des services offerts, puisque certains utilisateurs se rendaient aux urgences tout en participant à des séances de groupe à l'intérieur du programme. » Ce genre de résultats ne m'apparaît pas comme la raison fondamentale pourquoi nous avons choisi de poursuivre notre mission dans ce domaine. »

D'autres répondants clés et employés du programme voyaient d'un bon œil les résultats de recherche qui, selon eux, allaient permettre d'obtenir davantage de financement et favoriseraient la durabilité du programme. Ils ont mentionné les efforts continus qui ont été déployés pour étudier et évaluer le modèle de TAAC dans le cadre du programme, et ont en partie attribué ces efforts à l'expérience de recherche positive vécue durant le projet *Chez Soi*. Un répondant clé a raconté s'être servi des résultats de recherche pour faire la promotion du modèle *Logement d'abord* auprès de politiciens :

« L'information qui circulait au sujet des résultats a favorisé la progression d'une orientation politique que nous souhaitons mettre de l'avant pour la communauté du Nouveau-Brunswick. On dit que les politiciens adorent les histoires. Particulièrement celles qui vont dans le sens de leurs valeurs. Ils interagissent avec les électeurs et entendent toutes sortes d'histoires. Pour ma part, je me suis servi des résultats du projet *Chez Soi* pour leur décrire l'orientation que les politiques devraient prendre à notre avis. Les administrations avec qui j'ai eu la chance de travailler au fil des ans étaient plutôt ouvertes à notre position. »

CONCLUSION

Thèmes et enjeux transversaux

La durabilité partielle du programme. Le programme de Moncton a été partiellement maintenu au terme du projet de démonstration. Des services de soutien, axés sur le client et fournis par une équipe multidisciplinaire, étaient toujours prodigués aux clients du projet *Chez Soi* et aux nouveaux utilisateurs du programme. Malgré cette évolution positive, le programme n’offrait pas l’ingrédient primordial du modèle *Logement d’abord*, à savoir le logement. Ce glissement de la philosophie du programme, découlant directement des changements opérés sur le plan des politiques et du financement, a été constaté avec déception par l’ensemble des employés du programme, par certains répondants clés et par bon nombre d’utilisateurs.

Le décalage entre la perception des gestionnaires de système et celle des employés du programme. Il semble que les gestionnaires de système et le personnel n’avaient pas la même perception du programme. Par exemple, certains répondants clés n’ont pas signalé de difficulté particulière durant la transition du programme au terme du projet expérimental, tandis que les employés du programme ont rapporté des problèmes de taille relativement à cette période. De même, les perceptions du modèle *Logement d’abord* étaient variées. Certains répondants clés ne voyaient pas le bien-fondé des services de logement, tandis que les employés du programme étaient parfaitement conscients de l’importance du logement dans la vie des utilisateurs.

Les questions de juridiction forment un obstacle de taille. La question du partage des compétences, qui n’avait pas été résolue par le projet de démonstration, a fait obstacle aux efforts de maintien du programme à Moncton. Le maintien des services de soutien a été rendu possible grâce au financement accordé par le ministère de la Santé, mais cette enveloppe ne prévoyait aucun montant pour le logement. Aussi, le ministère du Développement social a contribué à trouver des logements de la Société de logement du Nouveau-Brunswick à des utilisateurs du projet *Chez Soi*, mais les politiques et les procédures appliqués par la Société contrastaient avec plusieurs principes du modèle *Logement d’abord*, notamment la transférabilité des suppléments au loyer. Le transfert vers la Société de logement du Nouveau-Brunswick a causé la frustration de certains clients du projet *Chez Soi* qui ont dû déménager dans des logements parfois moins intéressants.

L’itinérance n’est pas considérée comme une problématique de premier plan au Nouveau-Brunswick et ne constitue pas une priorité du gouvernement. Les répondants clés et les employés du programme n’ont pas abordé en détail du « problème » de l’itinérance à Moncton, ce qui pourrait révéler qu’il n’est pas considéré comme un problème majeur et prioritaire dans cette petite ville, en comparaison

avec les grands centres urbains. Les longues listes d'attentes pour des logements sociaux et des services de soutien généraux ont été mentionnées, mais sans précisions sur l'envergure du phénomène de l'itinérance. On a jugé positive la présence d'un représentant du ministère de la Santé au sein du Comité directeur des sans-abri du Grand Moncton.

Le manque de fidélité a nécessité le recours à des partenariats externes. Le manque de fidélité au modèle *Logement d'abord* a contribué à réduire le nombre et l'intensité des services offerts dans le cadre du programme. Pour combler ces lacunes, les employés ont dû se tourner vers des ressources communautaires plus souvent que durant le projet *Chez Soi*. Les services de logement, le soutien à l'emploi et les soins médicaux ont été touchés.

Le système évolue sur le plan des services de soutien, mais non du logement. Au chapitre de la prestation des services de santé mentale, le projet de démonstration a généré certains changements à l'intérieur du système provincial. La province travaille désormais à élargir le modèle de TAAC et à embaucher des pairs aidants ailleurs au Nouveau-Brunswick. À l'inverse, aucune donnée ne démontre que l'exécution des services de logement ait fait l'objet de changements. Rien n'indiquait que l'approche *Logement d'abord* allait remplacer le continuum plus traditionnel des services de logement, où les clients évoluent progressivement vers des logements plus autonomes. De plus, la province continue de loger les personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes dans des foyers de soins spéciaux.

L'adhésion à l'approche *Logement d'abord* par le personnel du programme. Si la philosophie du programme s'est éloignée du modèle *Logement d'abord*, son personnel lui est demeuré fidèle en continuant à soutenir les clients du projet *Chez Soi* et les nouveaux utilisateurs. Les employés étaient conscients de l'importance des plans de rétablissement, des services personnalisés et du logement. Ils se sont également investis dans le maintien des relations avec les propriétaires et ont sollicité diverses ressources communautaires lorsque le programme a exclu le logement de son mandat.

Réflexions et apprentissages

1. Intensifier les efforts de transposition des connaissances sur le projet à l'échelle provinciale. Une grande part des efforts de mobilisation des connaissances déployés tout au long du projet *Chez Soi* à Moncton se concentraient aux échelons local et régional. Même si le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick appuyait fermement le projet expérimental, il semble que la mobilisation insuffisante des connaissances sur l'approche *Logement d'abord* au niveau provincial pourrait avoir contribué au maintien incomplet de ce modèle et notamment de son équipe de soutien communautaire. Une meilleure mobilisation des connaissances ciblant les ministères de la Santé et du Développement social, à Fredericton, aurait pu faciliter l'adoption du programme *Logement d'abord* au terme du projet de démonstration.

2. Mobiliser les défenseurs de l'approche *Logement d'abord* dans la communauté. Le projet *Chez Soi* à Moncton a noué des partenariats avec de nombreux organismes communautaires œuvrant auprès de la population itinérante. Ces organismes ont démontré un soutien massif à l'approche *Logement d'abord*, dont ils ont constaté les bienfaits pour les bénéficiaires des services. Dans le contexte du changement d'orientation de l'initiative fédérale sur l'itinérance (la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance), il pourrait être pertinent de mobiliser ces organismes pour promouvoir le développement de l'approche *Logement d'abord* à Moncton auprès des gouvernements municipal, provincial et fédéral.

3. Envisager la création de programmes *Logement d'abord* par des ministères provinciaux autres que celui de la Santé. Les entrevues menées auprès des répondants clés dans le cadre de l'étude de la durabilité ont mis en évidence les problèmes d'ordre juridictionnel soulevés par la combinaison des services de logement et de santé au Nouveau-Brunswick. Dès lors, il pourrait être profitable d'envisager l'implantation de programmes *Logement d'abord* par d'autres ministères provinciaux offrant des programmes destinés aux personnes itinérantes. En particulier, le ministère néo-brunswickois du Développement social et celui de la Justice et de la Consommation offrent tous deux des services de soutien aux personnes aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale et au logement. Il vaudrait aussi la peine de considérer le recours à des programmes *Logement d'abord* comme solution de rechange aux foyers de soins spéciaux, plus coûteux.

4. Envisager la mise en œuvre, à Moncton, d'un projet pilote *Logement d'abord* de petite envergure qui ciblerait les personnes aux prises avec des maladies ou des problèmes associés à la santé mentale et ayant des antécédents d'itinérance chronique. À l'instar d'autres petites villes du Canada, Moncton pourrait bénéficier d'un petit programme pilote *Logement d'abord* qui desservirait de 20 à

30 personnes ayant un problème de santé mentale et des antécédents d'itinérance chronique. Ce programme pourrait offrir des suppléments au loyer et des services de soutien communautaire selon un modèle de gestion de cas. L'envergure limitée et le choix d'une formule de gestion de cas au lieu du TAC faciliteraient l'obtention des fonds nécessaires pour la mise en œuvre d'un tel projet pilote.

5. Au terme du projet de démonstration, offrir aux fournisseurs de services des formations fondées sur les apprentissages réalisés grâce au projet *Chez Soi*. Le projet de recherche sur la durabilité a révélé un fort roulement de personnel au sein de l'équipe de fournisseurs de services à la suite du projet expérimental. Pour cette raison, de nombreuses leçons apprises au sujet de la prestation de services au fil du projet *Chez Soi* n'ont pas pu être transmises à la nouvelle équipe de soutien communautaire. En rétrospective, il aurait été judicieux d'offrir des formations fondées sur le projet *Chez Soi* aux employés durant la période de transition.

6. Inclure des représentants du ministère du Développement social dans les équipes de TAAC. La perte du logement comme secteur d'intervention de l'équipe de TAAC marque un éloignement certain du modèle *Logement d'abord* appliqué durant le projet de démonstration. À la façon de l'équipe de TAC durant la phase expérimentale, il serait avantageux de prendre les dispositions nécessaires pour intégrer des employés du ministère du Développement social à l'équipe de TAAC afin de répondre aux besoins en matière de logement des utilisateurs.

ÉPILOGUE

Ce rapport a été revu en avril 2016 par les parties prenantes du programme au Nouveau-Brunswick qui ont participé aux entrevues et qui sont demeurées au service du programme, que ce soit comme gestionnaires ou comme fournisseurs de services. En plus de confirmer les renseignements factuels sur le programme qui y sont présentés, ils ont fait le point sur l'évolution du programme depuis la cueillette de données, effectuée entre février et août 2015.

Ces intervenants ont indiqué que le programme suivait désormais un modèle de TAAC. Ils ont également signalé que les rôles des fournisseurs de services et la manière d'appliquer le programme selon l'approche de TAAC avaient été clarifiés depuis la cueillette de données en vue de l'étude de la durabilité. En outre, ils ont mentionné que le programme avait noué de nouveaux partenariats avec d'autres ministères provinciaux et organismes communautaires, notamment ceux dont le mandat porte sur le logement et l'emploi.

Dans la foulée de la première équipe de TAAC du Nouveau-Brunswick formée à Moncton à la suite du projet de démonstration *Chez Soi*, le ministère de la Santé et du Mieux-Être prévoyait créer trois nouvelles équipes de TAAC ailleurs dans la province dès octobre 2016. En collaboration avec les créateurs hollandais du modèle, le ministère travaille à l'élaboration d'une version néo-brunswickoise de la grille d'évaluation de la fidélité des équipes de TAAC (van Veldhuizen, 2007).

RÉFÉRENCES

- SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. *Rapport sur le marché locatif : RMR de Moncton* (Publication 64407_2013_A01 de la SCHL) (en ligne), 2013. Sur Internet : https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64407/64407_2013_A01.pdf
- CHARMAZ, K. « Coding in grounded theory practice », *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, Thousands Oaks, Californie, Sage, 2006, p. 42-71.
- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA *Community Plan 2011-2014: Moncton 04 – Nouveau-Brunswick, application partagée* (en ligne), 2011 (consulté le 21 décembre 2015). Sur Internet : http://www.monctonhomelessness.org/documents/gmhsc_community_plan_2011-14.pdf
- GOERING, P. N., D. L. STREINER, C. ADAIR, T. AUBRY, J. BARKER, J. BARKER, D.N. ZABKIEWICZ. « The At Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. » *BMJ Open*, vol. 1, no 2, 2011. DOI : 10.1136/bmjopen-2011-000323
- COMITÉ DIRECTEUR DES SANS-ABRI DU GRAND MONCTON. *Experiencing homelessness: The first report card on homelessness in Greater Moncton, 2008* (en ligne), Moncton, N.-B., chez l'auteur, 2008 (consulté le 21 décembre 2015). Sur Internet : http://www.monctonhomelessness.org/documents/greater_moncton_homelessness_reportcard_2008.pdf
- COMITÉ DIRECTEUR DES SANS-ABRI DU GRAND MONCTON. *Experiencing homelessness: The eighth report card on homelessness in Greater Moncton, 2015*. (en ligne), Moncton, N.-B., chez l'auteur, 2008 (consulté le 21 décembre 2015). Sur Internet : <http://www.monctonhomelessness.org/documents/2015-8th-report-card-gmhomelessness.pdf>
- GREENWOOD, R.M., N. J. CHAEFER-MCDANIL, G. WINKEL ET S. J. TSEMBERIS. « Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness », *American Journal of Community Psychology*, vol. 36, 2005, p. 223-238. DOI : 10.1007/s10464-005-8617-z
- HEALTH SYSTEMS RESEARCH AND CONSULTING UNIT. *A Review of the Structure and Delivery of Community Mental Health Services in New Brunswick: Final Report*, Toronto, Ont., 2009, par le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

MAXWELL, J.A. « Designing a qualitative study », dans L. Bickman et D. J. Rogs, éditeurs, *Handbook of Applied Social Research Methods*, Thousand Oaks, Californie, p. 42-71.

SALDANA, J. *The coding manual for qualitative researchers*, Londres, Royaume-Uni, p. 42-71.

Statistique Canada. *Population : Moncton RMR et Ville de Moncton* (en ligne), 2011 (consulté le 21 décembre 2015). Sur

Internet : <http://www.moncton.ca/Assets/Business+English/City+of+Moncton+Population+and+CMA.pdf>

TSEMBERIS, S. « From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities », *Journal of Community Psychology*, vol. 27, 1999, p. 225-241. DOI : 10.1002/(SICI)1520-6629(199903)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y

TSEMBERIS, S. *Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Center City, Minnesota, Hazelden, 2010.

TSEMBERIS, S et R. F. EISENBERG. « Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals », *Psychiatric Services*, vol. 51, 2000, p. 487-493. DOI : 10.1176/appi.ps.51.4.487

TSEMBERIS, S., L. GULCUR ET M. NAKAE. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis », *American Journal of Public Health*, vol. 94, 2004, p. 651-656. DOI : 10.2105/AJPH.94.4.651

VAN VELDHUIZEN, J. R. « FACT: A Dutch version of ACT », *Community Mental Health Journal*, vol. 43, 2007, p. 421-433.

ANNEXE :

Autoévaluation de la fidélité pour le site de Moncton

Aspects	Note du programme	Notes possibles
Processus d'attribution des logements et structure du programme		
Choix du logement	4	1-4
Choix du quartier	4	1-4
Aide avec le mobilier	2	1-4
Subventions au logement	2	1-4
% du revenu consacré au logement	1	1-4
Temps pour s'installer dans un logement	1	1-4
% d'utilisateurs occupant d'autres types de logements	1	1-4
Sous-total	15	7-28
Séparation du logement et des services		
% d'utilisateurs partageant leur chambre	4	1-4
Exigences préalables à l'habitation	6	1-6
Exigences à remplir pour conserver l'appartement	5	1-5
Bail	2	1-2
Clauses du bail	3	1-3
Relogement si le participant est expulsé	2	1-4
Services offerts aux participants expulsés	4	1-4
Sous-total	26	7-28
Philosophie du service		
Détermination des services requis	3	1-4
Traitement psychiatrique requis	4	1-4
Traitement des toxicomanies requis	4	1-4
Approche à l'égard des toxicomanies	4	1-4
Activités favorisant l'adhésion au traitement	7	1-8
Méthode d'établissement des objectifs du traitement	10	1-10

Sphères de la vie ciblées par le traitement	7	1-7
Sous-total	39	7-41
Gamme de services		
Aide à conserver le logement	4	1-4
Services psychiatriques	3	1-4
Traitement des toxicomanies	4	1-5
Aide à l'emploi	5	1-5
Éducation	5	1-5
Bénévolat	5	1-5
Santé physique	1	1-5
Pair aidant	4	1-4
Intégration sociale	5	1-5
Sous-total	36	9-42
Structure de l'équipe/ressources humaines		
Cible les personnes aux prises avec des maladies mentales et des toxicomanies ayant des antécédents d'itinérance chronique	6	1-6
Ratio de clients par employé	3	1-4
Nombre de contacts en personne entre clients et employés par mois	2	1-4
Réunions d'équipe régulières	4	1-4
Fonction des réunions d'équipe	4	1-6
Rétroaction des clients	2	1-6
Sous-total	21	6-30
Total	137	36-169

RESSOURCE



CENTRE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES ÉDUCATIFS ET COMMUNAUTAIRES

Université d'Ottawa
136, rue Jean-Jacques-Lussier
Pavillon Vanier, salle 5002
Ottawa (Ontario) K1N 6N5
Tél. : 613-562-5800, poste 1856
Télec. : 613-562-5188
Courriel : crecs@uOttawa.ca



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210
Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755
Télec. : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](#) [/theMHCC](#) [/1MHCC](#) [@theMHCC](#)
[/Mental Health Commission of Canada](#)