Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

La mise en œuvre d'une intervention Logement d'abord en région rurale canadienne

Jonathan Jetté, Tim Aubry, Rebecca Cherner, John Ecker et Stéphanie Yamin
Université d'Ottawa

Jimmy Bourque
Université de Moncton

RÉSUMÉ

Cet article présente une évaluation formative d'un programme Logement d'abord (Housing First) offert en région rurale. Les deux objectifs consistent à décrire les personnes desservies et comment le modèle Logement d'abord fut adapté afin d'offrir des services en milieu rural. La recherche repose sur une méthodologie mixte. Le volet quantitatif, de nature descriptive, porte sur 23 participants et participantes. Le volet qualitatif s'attarde à ce qui a pu contribuer à l'implantation du modèle et les défis qui subsistent, selon 15 informateurs clés. Les leçons tirées de l'expérience et les retombées pour les politiques et les programmes de logement au Canada sont discutées.

Mots clés : logement, santé mentale, Logement d'abord, rurale, évaluation de l'implantation

Jonathan Jetté, étudiant diplômé en psychologie clinique, Université d'Ottawa; Tim Aubry, Professeur, École de psychologie, Université d'Ottawa; Rebecca Cherner, boursière de recherches postdoctorales, Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires, Université d'Ottawa; John Ecker, étudiant diplômé en psychologie expérimentale, Université d'Ottawa; Stéphanie Yamin, École de psychologie, Université d'Ottawa; Jimmy Bourque, Professeur, Centre de recherche et de développement en éducation, Université de Moncton.

Nous remercions Jayne Barker (2008–11), Cameron Keller (2011–12), et Catherine Hume (2012–présent), directrices et directeur nationales du projet At Home / Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, ainsi que Dr. Paula Goering, directrice nationale de la recherche pour le projet, l'équipe nationale de la recherche, les cinq équipes de chercheurs des sites, les coordonnateurs de site, et les nombreux fournisseurs de services et de logements, et les personnes ayant vécu des expériences qui ont contribué à ce projet et la recherche. Cette recherche a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada à la Commission de la santé mentale du Canada. La Commission de la santé mentale du Canada a géré le développement et l'implantation de l'étude et a fourni la formation et le soutien technique aux équipes d'intervenants et d'intervenantes et aux équipes de chercheurs impliquées dans le projet. Les opinions exprimées représentent uniquement celles des auteurs.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Tim Aubry, taubry@uottawa.ca.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

ABSTRACT

This paper presents a formative evaluation of a Housing First program delivered in a rural area. The two objectives are to determine who is served and how the Housing First model was adapted to provide services in rural areas. The research employs a mixed methodology. The quantitative arm describes the characteristics of 23 participants. The qualitative analyses focus on the specifics of the implementation, strengths, and challenges (15 interviewees). The results are discussed in the light of lessons learned, and implications for policy and housing programs in Canada.

Keywords: housing, mental health, Housing First, rural, implementation evaluation

La perception générale de l'itinérance est celle d'un phénomène urbain : une personne sur un banc de parc, sur la rue ou près d'un refuge pour sans-abri. Cet aspect de l'itinérance est pourtant invisible dans les communautés rurales (Whitzman, 2006) : invisible littéralement, puisqu'en région rurale les personnes sans-abri correspondent rarement à la description de l'itinérance absolue (Bruce, 2006), mais également invisible sur le plan des enjeux sociopolitiques, puisque cette population est sous-représentée autant dans les échantillons d'études sur l'itinérance que parmi les voix qui se manifestent auprès des décideurs politiques. À notre connaissance, aucune étude canadienne publiée ne s'était intéressée au phénomène de l'itinérance en région rurale au moment d'entreprendre cet article. Cependant, l'itinérance existe en région rurale, comme le soulignent Henry et Sermons (2010), qui estiment qu'aux États-Unis 14 personnes sur 10 000 seraient sans-abri en région rurale, comparativement à 29 sur 10 000 pour les régions urbaines. Selon Statistique Canada (2011), environ 19 % de la population canadienne demeure en région rurale. En utilisant les ratios américains, nous pouvons estimer qu'il y aurait approximativement 10 000 personnes itinérantes en région rurale au Canada. Une recherche sur les services de santé mentale offerts aux personnes sans logement en région rurale a démontré une pénurie de services, principalement de services préventifs (Forchuk *et al.*, 2010).

Les recherches sur l'itinérance ont démontré que les programmes combinant des services de soutien avec l'accès au logement tels que l'approche Logement d'abord (Housing First) sont efficaces pour stabiliser la situation résidentielle auprès de la population itinérante chronique qui présente des troubles psychiatriques sévères et persistants. L'intervention Logement d'abord est centrée sur le choix du client ou de la cliente et sur son pouvoir d'agir (empowerment). Contrairement aux programmes de type « traitement d'abord », le client ou la cliente n'a pas à démontrer son aptitude à être logé, à cesser de boire ou de consommer ou à être déjà engagé dans une progression thérapeutique pour accéder à un logement. En soi, le logement est totalement indépendant des services de soutien et de réadaptation. Cette approche s'appuie sur le choix de l'individu : ce dernier choisit le logement qu'il préfère et veut habiter sur le marché privé, intégré dans la communauté. Il ne peut y avoir plus de 20 % des unités d'un immeuble utilisées par les personnes desservies par le programme. Le participant ou la participante est titulaire d'un bail en son nom en tant que locataire et le logement est considéré comme permanent.

L'approche reconnait les barrières économiques associées au maintien et à l'acquisition du logement. Ainsi, il est attendu que le client ou la cliente ne paie pas plus de 30 % de son revenu pour le logement. Les participants et participantes ont accès à une subvention de loyer pour payer l'excédent de 30 % de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

leur revenu. Traditionnellement, les services de soutien incluent une équipe de suivi intensif (SI, Assertive Community Treatment) ou une équipe de soutien d'intensité variable (SIV, case management) (Tabol, Drebing et Rosenheck, 2010).

Les études sur l'approche Logement d'abord obtiennent régulièrement un taux de succès supérieur aux groupes de comparaison en atteignant un taux de stabilité résidentielle qui excède 80 % pour la plupart des études. Près d'une dizaine d'études avec un devis expérimental ou quasi expérimental ont corroboré ces résultats (Dickey *et al.*, 1996; Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis et Fischer, 2003; Hurlburt, Wood et Hough, 1996; McHugo *et al.,* 2004; O'Connell, Kasprow et Rosenheck, 2009; Pearson, Montgomery et Locke, 2009; Rosenheck, Kasprow, Frisman et Liu-Mares, 2003; Stefancic et Tsemberis, 2007). Jusqu'à maintenant, toutes les études furent effectuées en milieu urbain.

Cependant, les écrits scientifiques disponibles au sujet de l'itinérance en milieu rural révèlent que les populations sans-abri sont distinctes de leurs homologues urbaines en raison des maints obstacles qui limitent l'accès aux services et aux ressources : l'accès au transport, les attitudes négatives à l'égard des services sociaux, l'exclusion sociale et la dispersion géographique des services (Forchuk *et al.*, 2010).

Ainsi, les services offerts en région rurale doivent être adaptés à ce contexte particulier. C'est la conclusion à laquelle en sont venus Meyer et Morrissey (2007) dans une recension des études traitant des interventions de type SI offertes en région rurale. Ainsi, la majorité des études qui ont offert des services de suivi en communauté rurale se sont tournées vers une adaptation d'un modèle de SI (Meyer et Morrissey, 2007). Ces modèles emploient généralement des professionnels et professionnelles de différentes disciplines, sans pour autant avoir l'étendue d'expertises distinctes des équipes SI conventionnelles que l'on retrouve en milieux urbains. Les équipes sont également plus petites et parfois elles sont liées à une équipe œuvrant dans un grand centre.

En somme, cet article vise à mieux comprendre comment l'approche Logement d'abord peut aider à surmonter certaines des limites imposées par l'offre de services à une population itinérante atteinte de problèmes de santé mentale en région rurale.

Description du programme

En 2008, la Commission de la santé mentale du Canada a financé l'étude multisite At Home / Chez Soi (Goering *et al.*, 2011). Ce projet de démonstration d'une durée de 5 ans étudie l'implantation ainsi que l'efficacité de l'approche Logement d'abord dans cinq villes du Canada. L'intervention ici évaluée est celle du volet rural implanté dans la région du sud-est du Nouveau-Brunswick, situé à une distance maximale de 80 kilomètres de Moncton ou dans un rayon de 50 kilomètres de Shédiac, la petite ville d'où s'organisaient les opérations de l'équipe SI du volet rural. Cette région est constituée de plusieurs petites municipalités dont les populations varient de quelques centaines à cinq mille habitants (New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour, 2012). L'intervention est une approche de type Logement d'abord basée sur le programme Pathways to Housing développé à New York (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel et Tsemberis, 2005; Tsemberis, 1999; Tsemberis et Eisenberg, 2000; Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2004). Plus précisément, l'intervention combine un logement subventionné provenant du marché

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

locatif privé dont l'accès est facilité par le coordonnateur du logement et des services de soutien offerts par trois intervenants (réduits à deux après un départ) membres d'une équipe SI associée à celle de Moncton.

Logements subventionnés et rôle du coordonnateur du logement. Les personnes utilisatrices reçoivent une subvention au logement applicable sur un logement abordable de leur choix en provenance du marché privé. Ces logements comportent généralement une ou deux chambres. Cet aspect du service est offert par le coordonnateur du logement. Aucune restriction n'est imposée sur le choix du logement. Précisément, le coordonnateur du logement assure cette composante du service selon les étapes suivantes : (a) identifier les logements du marché privé qui répondent aux besoins des personnes utilisatrices en fonction de leurs préférences personnelles; (b) accompagner les personnes utilisatrices lors des visites des appartements disponibles; (c) négocier les contrats de location avec les propriétaires; (d) aider les personnes utilisatrices à s'établir dans leur appartement; (e) offrir le soutien nécessaire pour aider les personnes utilisatrices à s'adapter à leur nouvelle situation de vie; et (f) servir de médiateur entre les propriétaires et les locataires en cas de problèmes. Le coordonnateur du logement participe également aux réunions de l'équipe SI. Un élément clé de l'approche Logement d'abord est la mise à disposition d'un supplément au loyer pour s'assurer que les participants et participantes paient un maximum de 30 % de leur revenu.

Services de soutien et rôle des intervenants. L'objectif principal des membres de l'équipe SI qui travaillent auprès des personnes utilisatrices vivant en région rurale est de leur fournir les services de traitement, de réadaptation et de soutien nécessaires afin de faciliter leur insertion et leur fonctionnement dans un contexte communautaire.

L'une des adaptations locales du programme est d'offrir les services de professionnels et professionnelles de diverses disciplines (infirmière, travailleur social et spécialiste en emploi) tout en associant ceux-ci avec l'équipe SI plus diversifiée de Moncton (infirmière, travailleur social, spécialiste en emploi, spécialiste en toxicomanie, psychologue, psychiatre, médecin de famille, personne avec un vécu d'utilisation de service). Chaque matin, l'équipe SI rurale et l'équipe de Moncton tiennent une réunion par téléconférence. Elles discutent des interventions possibles et de l'allocation des ressources pour la journée. Ainsi, les membres de l'équipe SI de la région rurale ont accès à l'expertise d'une équipe SI complète et peuvent au besoin demander une visite à domicile d'un spécialiste de l'équipe de Moncton.

Dans le modèle conventionnel de SI, les membres de l'équipe voient les utilisateurs et utilisatrices de services pour quelques rencontres consécutives avant que les visites ne soient effectuées par un autre intervenant de l'équipe. Cependant, dans la région rurale, les personnes desservies voyaient principalement un membre de l'équipe, qui pouvait être accompagné d'un autre intervenant au besoin.

En outre, le programme avait prévu une équipe SI de trois intervenants en région rurale qui devaient fonctionner avec un ratio utilisateurs et utilisatrices de services / intervenant(e) d'environ 8 : 1. Cependant, de par un long congé pour des raisons de santé, l'un des membres de l'équipe n'est resté que quelques mois en fonction. En réalité, les services furent offerts par deux intervenants avec un ratio de 12 : 1.

En conformité avec le modèle Pathways to Housing, il est attendu que l'équipe SI offre une gamme complète de services, y compris le traitement de troubles mentaux et médicaux, la réadaptation, l'intervention d'urgence, le traitement intégré de la toxicomanie par une approche de réduction des méfaits et l'aide à l'emploi, ainsi que la réponse à tout autre besoin identifié par les personnes desservies. L'approche est orientée

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

vers le rétablissement et l'objectif est de soutenir les personnes utilisatrices dans l'adoption de rôles sociaux significatifs tout en s'intégrant à la communauté.

Lors de l'admission au programme, un plan d'intervention est développé en collaboration avec la personne utilisatrice au cours de la première rencontre. Les membres de l'équipe SI travaillent en étroite collaboration avec le coordonnateur du logement pour aider les personnes utilisatrices à trouver rapidement un logis.

Les normes du programme Pathways to Housing précisent que les personnes utilisatrices doivent recevoir au moins une visite par semaine de leur intervenant, membre de l'équipe SI. Cependant, ils ont le pouvoir de choisir s'ils veulent ou non s'engager dans un traitement. Une approche de réduction des méfaits associés à la consommation de drogues est adoptée.

Les services sont offerts par l'équipe SI entre 8 h 30 et 22 h en semaine. Hors de cet horaire, des services d'urgence sont offerts par l'Équipe mobile de crise en santé mentale de la régie régionale de la santé.

En nous basant sur les données disponibles, nous présentons ici une recherche unique, qui repose sur un devis mixte. Cette étude a pour objectif de répondre aux questions suivantes : (a) quel est le profil des personnes desservies par l'intervention Logement d'abord dans le sud-est du Nouveau-Brunswick? (b) Comment le modèle Logement d'abord fut-il adapté afin d'offrir des services en zone rurale? Bien que le devis de l'ensemble du projet At Home / Chez Soi soit longitudinal et expérimental, cet article est de nature observationnelle et descriptive, avec un seul point de collecte de données. La présente étude utilise uniquement les données du groupe qui bénéficie de l'intervention (le devis du volet rural inclut aussi un groupe de comparaison non aléatoire).

MÉTHODOLOGIE

Le programme At Home / Chez Soi est une étude pancanadienne, financée par la Commission de la santé mentale du Canada, qui vise à évaluer l'implantation et l'efficacité de l'approche Logement d'abord en contexte canadien. Dans le cadre de ce projet d'envergure, le site de Moncton a développé un volet rural qui offre des services à 23 individus en situation d'itinérance. Le protocole de recherche prévoyait qu'un questionnaire soit rempli tous les 3 mois par les participants et participantes, dressant ainsi un portrait de leurs caractéristiques démographiques, sociales, d'utilisation de services, de stabilité résidentielle et de santé physique et mentale. Le devis de recherche exhaustif est présenté par Goering *et al.* (2011).

De plus, un volet qualitatif visait à évaluer l'adéquation entre le modèle théorique et celui implanté, documenter les adaptations effectuées et potentiellement à fournir des pistes d'adaptation futures pour les difficultés encourues. Les résultats nationaux de cette étude ont fait l'objet d'une autre publication (Nelson *et al.*, 2014).

Critères de sélection

Les critères d'inclusion du projet At Home / Chez Soi pour la région rurale sont :

1. Être un adulte (18 ans ou plus);

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

2. Référence provenant des services de santé mentale communautaires de Richibouctou ou de Shédiac, sur la base de la présence d'un trouble mental avec ou sans trouble concomitant d'abus de substance ;
3. Sans abri ou en situation de logement précaire ou en situation de logement qui ne correspond pas avec les besoins ou habiletés de la personne. Les sans-abri sont ceux et celles qui sont sans domicile fixe pour une période d'au moins 7 jours, avec de faibles probabilités d'obtenir un logement dans le mois à venir, ou qui quittent une institution (prison ou hôpital, par exemple) sans lieu de résidence. Une situation de logement précaire consiste en un logement dans un hôtel ou motel ou encore dans une maison de chambres, sans contrat de location. Enfin, une situation de logement qui ne correspond pas avec les besoins ou habiletés de la personne réfère aux individus qui demeurent avec de la famille mais veulent leur propre logement, et aux individus qui vivent dans une institution à long terme (un centre de soins de longue durée) mais qui veulent et sont capable de vivre de manière indépendante (Goering *et al.*, 2011).

Les critères d'exclusion sont : (a) être un client ou une cliente d'un autre programme de suivi à domicile par un gestionnaire de cas ou par une équipe SI; (b) absence d'un statut juridique de citoyen canadien, d'immigrant, de réfugié ou de demandeur d'asile.

Échantillon

Les données quantitatives furent recueillies entre février 2010 et janvier 2011, à l'entrée au programme. Les participants et participantes furent interviewés à leur domicile par des assistantes de recherche. Les données de 23 des 24 participants et participantes recevant l'intervention Logement d'abord provenant de la région rurale ont été incluses dans les analyses. Le seul participant qui ne fut pas retenu pour cette analyse le fut à cause de l'absence de données pour la période à l'étude (le participant a été incarcéré peu après son recrutement et n'était donc pas disponible pour bénéficier de l'intervention).

La collecte des données qualitatives a été réalisée entre octobre 2010 et mars 2011. Les données proviennent de deux groupes de discussion et de sept entrevues individuelles. Le premier groupe de discussion incluait cinq participants et participantes et le second fut effectué auprès des deux membres de l'équipe SI et de l'adjointe administrative. Les sept entrevues effectuées auprès d'informateurs clés incluaient : la directrice clinique gestionnaire de l'équipe SI, la directrice d'un organisme communautaire associé au projet du partenaire communautaire, le coordonnateur de logement, le coordonnateur du site et un co-chercheur local.

Les cinq participants et participantes du programme sélectionnés pour les groupes de discussion ont été choisis afin d'obtenir un échantillon diversifié, en fonction des variables suivantes : le sexe, l'âge et la langue maternelle.

Tous les participants et participantes ont fourni un consentement libre et éclairé. Un formulaire de consentement fut remis aux participants et participantes et expliqué par les évaluateurs. Les participants et participantes pouvaient décider de refuser de participer et poser des questions. La recherche fût autorisée par le comité d'éthique de la recherche en science sociale de l'Université d'Ottawa et par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Moncton.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Protocoles et procédure

Les guides d'entrevue pour les groupes de discussion et les entrevues individuelles furent développés en partenariat par le groupe qualitatif national avec l'aide de chercheurs des cinq sites. Le groupe qualitatif national d'At Home / Chez Soi est composé de chercheurs expérimentés dans le domaine de l'itinérance dans l'utilisation des méthodes qualitatives. Les guides d'entrevue furent partagés avec les équipes de recherche de chaque site afin de réviser les questions. Les questions visaient à identifier les facteurs ayant facilité l'implantation du projet et les défis à sa réalisation, sur le plan des effectifs, de l'organisation structurelle, la formation et la qualité des services. Par exemple, l'une des questions posées aux membres de l'équipe SI et aux informateurs clés se lisait ainsi : « Quels sont les défis ou les succès vécus dans le relogement des utilisateurs de services? Comment croyez-vous que le projet devrait résoudre ses défis dans l'avenir? » Un exemple de question pour les utilisateurs et utilisatrices de service est le suivant : « Quels sont les services que vous recevez du programme? »

Les deux groupes de discussion ont duré approximativement 90 minutes. Les entrevues avec des informateurs clés ont duré de 30 à 45 minutes. Tous les groupes de discussion et les entrevues avec des informateurs clés furent enregistrés et retranscrits intégralement.

Les entrevues quantitatives furent effectuées par des assistants de recherche spécialement formés. Les données furent entrées simultanément dans un ordinateur portatif, lié à une base de données centralisée hautement sécurisée. La durée de l'entrevue initiale était d'approximativement 60 minutes.

Analyse des données

Analyses quantitatives. L'analyse quantitative est de nature descriptive (fréquences, moyenne et écart-type). Les variables considérées sont de nature démographique (sexe, âge, statut d'emploi, langue, groupe ethnique, éducation et état civil), relatent l'historique de statut de sans-abri (durée à vie cumulative de période d'itinérance, plus longue période d'itinérance) et incluent des variables cliniques (nombre d'hospitalisations, maladies chroniques, fonctionnement communautaire, diagnostics).

Analyses qualitatives. L'objectif était de comprendre comment le modèle Logement d'abord fut adapté afin d'offrir des services en zone rurale. Comme le suggère Thomas (2006), deux membres de l'équipe de recherche ont codé conjointement deux verbatims et ont concilié leurs résultats jusqu'à l'obtention d'un consensus. Subséquemment, les deux chercheurs ont codifié indépendamment les différents verbatims. Les deux chercheurs se sont rencontrés pour discuter des codes attribués aux unités de sens et un code consensuel fut attribué à chacune. Les résultats ont été regroupés en quatre thèmes : (a) particularités du contexte rural, forces et défis; (b) adaptation du programme; (c) défis qui persistent après un an et solutions possibles; et (d) les réussites et résultats rapportés. Lors de la présentation des verbatims dans les résultats, les membres de l'équipe SI sont identifiés par les lettres ÉI, les utilisateurs et utilisatrices de services sont identifiés par UdS et les informateurs clés sont identifiés par IC.

Instruments de mesure

Entrevue internationale neuropsychiatrique MINI 6.0. Le MINI 6.0 est une courte entrevue psychodiagnostique structurée basée sur le *DSM-IV* et le *ICD-10* (Lecrubier *et al.*, 1997; Sheehan *et al.*, 1997).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Elle exige approximativement 15 minutes à remplir et évalue la présence de 17 diagnostics. Le MINI a été validé en correspondance avec l'entrevue diagnostique du *DSM-IV* (SCID) et avec le Composite International Diagnostic Interview. Les études de validation furent effectuées en France ($N = 40$) et aux États-Unis ($N = 330$) (Lecrubier *et al.*, 1997; Sheehan *et al.*, 1997). L'instrument présente une bonne validité convergente, une bonne consistance interne (0,90) et une bonne fidélité intrajuge (0,75).

Échelle des compétences dans la communauté de Multnomah (Multnomah Community Ability Scale—MCAS). La MCAS est une échelle clinique de 17 items qui mesure le degré de difficulté vécu par un adulte atteint de problèmes psychiatriques qui demeure en communauté (Barker, Barron, McFarland et Bigelow, 1994). Cette échelle fut complétée par les intervieweurs. Le niveau de difficulté est mesuré dans les quatre domaines suivants : (a) interférence avec le fonctionnement, (b) adaptation à la vie, (c) compétences sociales et (d) comportements problématiques. Barker et ses collègues (1994) ont démontré que la MCAS présente de bonnes propriétés psychométriques. La fidélité intrajuge est de 0,82 et les scores totaux à la MCAS permettent de prédire les hospitalisations futures sur une période d'un an. La consistance interne (α de Cronbach) est de 0,85 (Barker *et al.*, 1994). Ces résultats furent répliqués par Hendryx, Dyck, McBridge et Whitbeck (2001) avec un α de Cronbach de 0,87. La MCAS permet de discriminer trois niveaux de fonctionnement : un score entre 63 et 85 correspond à un faible niveau de difficulté, un score entre 48 et 62 correspond à un niveau moyen et, finalement, un score entre 17 et 47 correspond à un niveau élevé de difficulté (Barker *et al.*, 1994).

Données démographiques et antécédents relatifs au logement, à l'emploi et à l'utilisation des services. Ce questionnaire a été conçu spécialement pour le projet At Home / Chez Soi à partir d'éléments démographiques tirés du recensement canadien de 2006 (Statistique Canada, 2006), du recensement des élèves de 2006 du Conseil scolaire de Toronto (Manning, 2006) et du questionnaire développé dans le cadre de la Community Mental Health Evaluation Initiative (Goering, 2004). Les éléments concernant le logement, l'emploi et l'utilisation des services ont été élaborés à l'aide d'experts de contenu de l'équipe de recherche nationale et du groupe d'action sur l'évaluation globale.

Problèmes chroniques de santé. Une liste de 28 problèmes de santé courants (par exemple, diabète, arthrite ou asthme) fut développée pour le projet At Home / Chez Soi. Les problèmes répertoriés dans la liste furent sélectionnés en se basant sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2009) et selon les recommandations de Mares et Rosenheck (2007). Les questions furent prétestées par l'équipe d'At Home / Chez Soi et la formulation fut modifiée pour être adaptée à la population d'étude.

RÉSULTATS

Profil des personnes desservies par l'intervention Logement d'abord dans le sud-est du Nouveau-Brunswick

Variables démographiques. En tout, 16 hommes (70 %) et 7 femmes (30 %) font partie du programme. Le plus jeune participant est âgé de 19 ans et le plus âgé de 62 ans, la moyenne d'âge étant de 37 ans (écart-type = 12,86) avec une médiane de 39 ans. Les francophones représentent la majeure partie de l'échantillon avec 20 participants et participantes (87 %), alors qu'aucun participant ou participante ne s'identifie comme

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

provenant d'une minorité ethnique ou n'avait été préalablement marié. Au plan de l'éducation, 15 participants et participantes n'ont pas terminé leurs études secondaires (65 %). Seulement cinq participants et participantes (22 %) ont rapporté avoir un emploi. Les caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau 1.

Statut résidentiel. Sur le plan des variables liées à l'itinérance, six participants et participantes (26 %) ont rapporté avoir déjà vécu une période d'itinérance absolue. La plus longue période de temps d'itinérance à vie recensée est de 6 mois, alors que la plus longue période consécutive était de 3 mois. À l'inverse, la plus courte période d'itinérance à vie rapportée est 2 semaines, avec un épisode d'au plus 3 jours. Au début de l'étude, 10 participants et participantes demeuraient avec des membres de leur famille (43 %), 5 demeuraient en centre de soins (22 %), 3 demeuraient dans des logements temporaires (13 %), 2 vivaient en maisons de chambres (9 %), 2 étaient sans logis (9 %) et un participant demeurait en appartement avec le soutien de ses parents (4 %).

Tableau 1
Caractéristiques démographiques et associées au logement

Caractéristique	*n* (%)
Genre	
Homme	16 (70 %)
Femme	7 (30 %)
Âge (moyenne et écart-type)	37 (12,86)
Langue maternelle	
Français	20 (87 %)
Anglais	3 (13 %)
Éducation	
Secondaire non complété	15 (65 %)
Secondaire complété	6 (26 %)
A fréquenté une école technique	2 (9 %)
En emploi	5 (22 %)
Historique d'itinérance absolu	6 (26 %)
Situation résidentielle initiale	
Vivant avec sa famille	10 (43 %)
Vivant en centre de soins	5 (22 %)
Vivant en logement temporaire	3 (13 %)
Vivant en maison de chambres	2 (9 %)
Sans abri	2 (9 %)
Autre	1 (4 %)

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Variables cliniques. L'analyse des caractéristiques cliniques des personnes utilisatrices de services indique que ceux-ci composaient en moyenne avec 3,21 maladies chroniques (écart-type = 2,97). En tout, 10 participants et participantes (44 %) rapportaient avoir vécu au moins deux hospitalisations pour des raisons de santé mentale dans les cinq dernières années. Pour ce qui est de l'échelle concernant l'habileté à vivre indépendamment en communauté (MCAS), la moyenne des participants et participantes est de 71 avec un écart-type de 7,25 (étendue de 49 à 82). Les participants et participantes démontrent donc en moyenne un niveau de fonctionnement élevé : en utilisant les seuils suggérés pour le MCAS, un seul participant affiche un niveau moyen de fonctionnement alors que les 22 autres participants et participantes ont un niveau de fonctionnement élevé. Les résultats diagnostiques provenant du MINI indiquent que 19 des 23 participants et participantes étaient aux prises avec des troubles mentaux, les quatre autres n'ayant pas de diagnostic selon le MINI. Les participants et participantes avaient en moyenne 2,04 diagnostics selon le MINI (écart-type = 1,80); l'échelle en a détecté jusqu'à six. Le diagnostic le plus fréquemment rapporté était celui de trouble psychotique, avec neuf participants et participantes (39 %). L'abus d'alcool et de substance et le trouble panique suivaient avec six participants et participantes (26,1 %) chacun. Les résultats détaillés sont décrits dans le tableau 2.

Tableau 2
Diagnostics des participants et participantes, tels que relevés par le MINI

Diagnostic actuel	*n* (%)
Trouble psychotique	9 (39,1 %)
Abus d'alcool	6 (26,1 %)
Abus de substances	6 (26,1 %)
Trouble panique	6 (26,1 %)
Dépendance à une substance	5 (21,7 %)
Épisode de dépression majeure	5 (21,7 %)
Dépendance à l'alcool	4 (17,4 %)
État de stress post-traumatique	3 (13 %)
Trouble de l'humeur avec psychose	2 (8,7 %)
Épisode de manie ou hypomanie	1 (4,3 %)

Adaptation du modèle Logement d'abord afin d'offrir des services en zone rurale

Particularité du contexte rural, forces et défis. La région rurale du sud-est du Nouveau-Brunswick offre un contexte particulier. Les analyses thématiques des entrevues ont permis de souligner que ces distinctions par rapport au contexte urbain sont perceptibles sur le plan des occasions de logement et d'emploi, de la taille du programme, des particularités des communautés, de l'éloignement et du transport.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Occasions limitées. Autant les informateurs clé et les membres de l'équipe SI que les participants et participantes rapportent que la taille de la communauté limitait le nombre d'appartements disponibles, les possibilités d'emploi pour les participants et participantes du programme et la taille de l'équipe SI. Outre le nombre limité de logements disponibles, il pouvait s'avérer difficile de trouver un logement pour certains participants et participantes aussi en raison des préjugés liés à leur historique de logement. Ainsi, une personne qui a déjà eu de mauvaises expériences avec ses propriétaires se loge plus difficilement. Selon un intervenant :

> **ÉI1 :** Les logements sont là, mais ces personnes-là. . . Y a personne qui veut avoir quelqu'un qui a fait des drogues dans son appartement, parce que c'est une mauvaise réputation.

La taille du programme. La taille du programme fut également perçue comme un obstacle, puisque le petit nombre d'intervenants de l'équipe SI s'est avéré être un défi. Cette situation découle principalement de l'absence prolongée d'un membre de l'équipe. Ainsi, la charge de travail fût redistribuée entre deux personnes, ce qui augmenta considérablement le nombre de participants et participantes à voir dans une journée, tel que décrit par un membre de l'équipe :

> **ÉI2 :** Ça, ça fait une grosse différence, parce qu'avant, quand est-ce que l'on avait le [titre d'emploi] sur place, y venait faire les « home visits » avec nous autres, à mesure. On s'organisait le matin, puis là au lieu de voir trois personnes dans ta journée, tu en voyais juste une ou deux, puis là, ça donnait plus de temps pour faire ces choses.

Cet enjeu est d'autant plus criant lorsque l'un des deux membres restants doit s'absenter pour des raisons personnelles ou pour des vacances. La totalité des suivis devient alors la responsabilité d'une seule personne.

L'éloignement et le transport. La majeure partie des services spécialisés de la région sont centralisés dans la ville de Moncton. Les membres de l'équipe SI doivent effectuer de longs déplacements lors des visites à domicile. L'absence de système de transport en commun complexifie l'accès aux services de santé spécialisés, notamment pour les rendez-vous avec les psychiatres et les spécialistes en santé, ou encore aux ressources de la communauté comme les banques alimentaires, la pharmacie et les activités de loisir. Les participants et participantes remarquent ces difficultés et deux d'entre eux expriment leur gratitude dans les extraits suivants :

> **UdS5 :** Aller à la pharmacie, aller voir le docteur, aller à la banque alimentaire, c'est [membre de l'équipe rurale] ou [membre de l'équipe rurale].

> **UdS1 :** Si tu as des « appointments », des « X-rays » à Moncton, faut que t'espères 5–6 heures avant de t'en venir. . . Mettons que je veux t'engager pour que tu viennes me mener, faut que tu m'espères 5–6 heures là. Ça fait [plus] de bon sang. . . Faut tu jongles à ces pauvres personnes-là, faut que tu aies ton propre « transportation » puis que tu y ailles toi-même. Tu déranges [plus] personne, juste l'affaire-là c'est comme [UdS2], déranger [membre de l'équipe rurale], ça me « bug », parce que je sais qui pourrait faire du bien à quelqu'un d'autre, you know.

Particularités des communautés. Il s'agit de petites communautés, où l'information se propage plus rapidement. Ce processus fait en sorte que la plupart des habitants se connaissent. Certains des participants et participantes se connaissent entre eux et s'offrent du soutien, ce qui leur permet de passer à travers des moments de détresse ou de briser l'isolement, ou encore de fournir à l'occasion une aide tangible comme le transport. L'entraide était manifeste à la fin du groupe de discussion, alors qu'un participant a offert de ramener d'autres qui demeurent dans son village.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Les membres de l'équipe SI ont rapporté que l'accès aux ressources informelles comme les voisins, l'église, la famille et les propriétaires avait facilité leur tâche. L'implication des familles se traduit à plusieurs niveaux : elles agissent en tant qu'aidantes naturelles et permettent de signaler les symptômes et de prévenir l'escalade de situations vers la crise en maintenant une communication ouverte avec l'équipe SI.

Adaptations de l'approche Logement d'abord pour un contexte rural. De nombreuses adaptations furent apportées afin de livrer le programme Logement d'abord en région rurale. Les modifications suivantes sont décrites en détail : celle du ratio prévu par les standards de l'intervention SI; celle du modèle de services de l'équipe SI en jumelant l'équipe rurale à l'équipe de Moncton pour avoir recours aux diverses expertises d'une équipe complète; celle des critères de sélection sur l'itinérance en région rurale; l'assouplissement de la limite du nombre d'occupants dans un logement provenant du projet; et la modification du rôle de l'équipe par rapport au logement et collaboration avec les familles.

Ratio théorique. Afin de compenser pour les facteurs qui augmentent la charge de travail, soit l'étendue du territoire et le temps de déplacement, le ratio utilisateurs et utilisatrices de service / membre de l'équipe SI fut modifié de 10 : 1, suggéré par le modèle Pathways to Housing, à 8 : 1. Cependant, l'absence durable d'un intervenant et les difficultés de recrutement ont conduit à un ratio réel de 12 : 1.

Modification du modèle de services de l'équipe SI. Puisque l'équipe est plus petite, on y retrouve une moins grande diversité d'expertises. Cependant, afin de pallier cette difficulté, l'équipe rurale fut jumelée à l'équipe urbaine de Moncton. Les membres de l'équipe rurale ont ainsi accès aux consultations puisqu'ils ont chaque matin une réunion d'équipe commune. Certains informateurs clés ont souligné cette adaptation :

> **IC :** We're only really, theoretically, purely, they're only running with three staff, although they've been having two staff. So you don't get the diversity of the full ACT team. Although we all sit around the table when they discuss their clients and we have loans out to them. If they perceive that they need a home economist to do some teaching, then the home economist will go out. So there's some flexibility there. So that's why I'm saying that we try to do the ACT model with the strengths of the different team members.[1]

Quant aux modifications de l'offre de services, l'équipe ainsi que les informateurs clés rapportent qu'elle constitue un hybride entre un service de suivi d'intensité variable et un suivi de SI, où les professionnels et professionnelles de l'équipe rurale distribuent l'intensité des services et les visites des divers professionnels et professionnelles selon les besoins des clients et clientes. Ainsi, chacun des membres de l'équipe de la région rurale voyait régulièrement certains participants ou participantes. Pour l'ensemble de ses participants et participantes, il faisait appel au besoin à l'équipe SI de Moncton pour des services professionnels spécifiques, comme ceux du psychologue et de la spécialiste de la famille.

Ainsi, les membres de l'équipe rapportent qu'ils ont pu offrir les services de logement incluant le transport, le déménagement et la recherche de logement. Techniquement, le coordonnateur du logement à Moncton devait être également responsable du logement en région rurale. Cependant, il fut rapidement réalisé qu'il était plus efficace que les membres de l'équipe rurale trouvent les logements puisqu'ils étaient déjà sur place.

Critères de sélection. Une autre adaptation fut effectuée sur le plan des critères de sélection et de la définition de l'itinérance en région rurale. Les professionnelles et professionnels interviewés rapportent que les participantes et participants admis au programme provenaient souvent d'institutions ou demeuraient avec des membres de leur famille avant le programme plutôt que de provenir de la rue ou du système de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

refuges d'urgence pour personnes sans-abri. La situation résidentielle des utilisateurs et utilisatrices de services correspondait donc davantage à la définition d'itinérance relative ou de logement précaire qu'à celle d'itinérance absolue.

Limites de participants et participantes par logement. Les membres de l'équipe SI expliquent qu'en raison du manque de logements disponibles et puisqu'ils devaient travailler avec un nombre limité de propriétaires prêts à loger les participants et participantes du programme, ils ont préféré loger les participants et participantes dans des immeubles où ils excéderaient la règle du 20 % de participants provenant du programme, plutôt que de placer un participant ou une participante en position d'attente jusqu'à ce qu'une nouvelle unité se libère.

Les membres de l'équipe rapportent également qu'ils ont su modifier leurs rôles avec le temps, en offrant des services de transport, de déménagement et de recherche de logements.

Familles. Les membres de l'équipe SI rapportent aussi qu'ils ont graduellement appris à s'allier aux membres des familles des participants et participantes. Initialement, les relations ont pu se montrer tendues étant donné les attentes de ces dernières. Avec le temps, les membres de l'équipe ont rapporté une alliance croissante avec les familles, qui ont modifié leurs attentes et se sont avérées des alliés essentiels auprès des participants et participantes. Elles peuvent aider dans l'offre de soutien et pour signaler des informations primordiales.

Défis qui persistent et pistes de solution. Les personnes interviewées rapportent que la charge de travail est trop élevée, de par le manque de ressources humaines, le temps dévolu aux déplacements et la multiplicité des rôles.

Outre le maintien d'un meilleur ratio personnes utilisatrices / intervenant(e)s, les membres de l'équipe suggèrent de prévoir l'embauche d'une personne chargée du transport pour les rendez-vous. De leur côté, les personnes utilisatrices ont ajouté qu'il pourrait s'agir d'un poste dédié à un pair-aidant.

Finalement, il fut rappelé que le volet logement ajoutait une charge supplémentaire à l'équipe d'intervention et qu'il serait probablement préférable de prévoir un coordonnateur pour logement responsable uniquement de la région rurale.

Les réussites et résultats rapportés. Malgré le contexte particulier, les adaptations et les défis qui persistent, les membres de l'équipe SI en région rurale, les participants et participantes des groupes de discussion et les informateurs clés étaient unanimes sur un sujet : la réussite du projet. Les commentaires sur la réussite et les résultats anticipés dans la région rurale sont regroupés selon les trois thématiques suivantes : l'offre de services spécialisés et adaptés, le rétablissement et l'intégration communautaire.

Offre de services spécialisés et adaptés. Les trois groupes interviewés rapportent que de parvenir à offrir des services à une population logée de manière précaire en milieu rural et souffrant de troubles mentaux était une réussite en soi alors que cette population est fréquemment sous-desservie. Les membres de l'équipe SI attribuent principalement la qualité des services qu'ils peuvent offrir au temps alloué aux consultations d'équipe, à la planification clinique et aux ressources interdisciplinaires disponibles. Ils mentionnent également l'importance d'offrir du soutien à domicile et d'adopter une approche prônant la réduction des méfaits, afin de mieux comprendre les personnes desservies et de créer une relation de confiance.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Rétablissement. L'une des thématiques centrales des témoignages de l'ensemble des acteurs interviewés est celle du rétablissement. Le rétablissement prenait plusieurs formes à leurs yeux : une meilleure santé mentale, une réduction de consommation d'alcool et de drogues et une meilleure santé physique. Certains participants et participantes parlaient d'espoir, d'interruption des pensées suicidaires et de ne plus avoir besoin de substances :

> **UdS2 :** Je pense plus beaucoup plus positif, je vais au AA meeting. Asteure la boisson, ça ne me dit plus rien. C'est encore là, je serai toujours un alcoolique.

Plusieurs d'entre eux en étaient rendus à chercher des moyens d'occuper leur temps. Le fait que des participants et participantes maintenaient des emplois ou développaient une passion pour l'art et l'écriture atteste des avancées sur ce plan. Un participant était d'ailleurs en voie de publier un livre :

> **ÉI1 :** Comme par exemple une de mes clientes qui est actrice voulait faire des petites livres puis tout ça, bin j'ai fait les démarches. J'ai été voir les maisons d'édition, on a fait une exhibition d'art, on a tout fait plein de choses. Même si on la voyait juste une fois par semaine une heure, elle progresse. Juste le fait que je vais là, que je regarde qu'est-ce qu'elle a fait, que je lui donne les petites choses qu'elle a besoin, des fois ce n'est pas des grosses choses, bin elle va fleurir dans tout son être.

Intégration communautaire. L'une des observations découlant des entrevues était une intégration progressive des participants et participantes dans leur communauté. L'un d'eux rapportait avoir développé des liens avec son propriétaire, qui comptait sur lui pour plusieurs tâches liées aux appartements :

> **UdS1 :** Les étés y [nom du propriétaire] me laisse couper le gazon puis ça fait de l'argent on the side là. Puis, si il n'est pas aux alentours, il est souvent à Saint John. . . Y me demande de prendre garde des appartements, si les autres y ont besoin de quelque chose puis qui est pas là. C'est ma petite job.

D'autres avaient eu de l'aide pour tisser des liens et réparer des ponts brisés avec leur famille. Ils rapportaient être plus acceptés par ces dernières et mieux compris dans leurs problèmes. Un autre phénomène observé était les liens qui existaient entre les participants et participantes : des amitiés s'étaient créées, voire même la possibilité de l'entraide.

DISCUSSION

Cette étude visait à documenter les caractéristiques des participants et participantes d'une intervention d'approche Logement d'abord mise en œuvre dans la région rurale du sud-est du Nouveau-Brunswick. Les résultats indiquent que les participants et participantes du programme sont caractérisés par une expérience particulière de l'itinérance, des problèmes de santé mentale, une difficulté à trouver et conserver un emploi, un faible niveau d'éducation et une stigmatisation fréquente. Néanmoins, les participants et participantes de cette étude semblent moins vulnérables que ceux et celles d'autres études similaires, surtout menées en milieux urbains.

Le second objectif consistait à documenter le processus d'adaptation du modèle Logement d'abord pour une implantation en milieu rural. Le contexte rural se caractérise par un accès limité au logement et à l'emploi, des effectifs réduits dans les programmes à cause du ratio populationnel, une stigmatisation encore plus présente qu'en milieu urbain, un éloignement des services et des besoins supplémentaires en matière de transport. Ces particularités ont entrainé maintes adaptations : une augmentation du ratio intervenant(e)s /

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

utilisateurs et utilisatrices de services; un jumelage avec une SI complète située dans une ville avoisinante; une modification des critères de sélection et de logement pour prendre en considération la faible prévalence de l'itinérance absolue; un élargissement du rôle de l'équipe SI par rapport au logement; et une collaboration accrue avec les familles. Outre ces adaptations, la charge de travail représentait toujours un défi de taille pour l'équipe rurale. Finalement, tous observaient des résultats positifs dans l'offre de services spécialisés, le rétablissement des participants et participantes et leur intégration communautaire.

Population servie dans une région rurale

Les résultats descriptifs indiquent que la population de cette étude aurait vécu un niveau de difficulté moins élevé que les échantillons urbains desservis nationalement dans l'étude At Home / Chez Soi (Goering *et al.*, 2012) ou dans d'autres études sur l'approche Logement d'abord (Tsemberis, 1999). Le groupe semble moins défavorisé à plusieurs plans, notamment en ce qui a trait à l'expérience de l'itinérance (moins fréquente, de moins longue durée et moins sévère) et les problèmes de santé mentale (moins sévères et niveau de besoin moindre que les populations typiquement rencontrées en milieux urbains).

L'expérience de l'itinérance du groupe desservi dans ce programme est différente de celle généralement observée chez les participants et participantes de l'approche Logement d'abord, puisqu'en théorie, ces programmes s'adressent aux individus qui vivent l'itinérance chronique (Tsemberis, 1999). Seulement 8 % de l'échantillon de Tsemberis provenait d'hôpitaux psychiatriques ou de maisons de transition. Quant à l'échantillon national du projet At Home / Chez Soi, les personnes utilisatrices ont vécu en moyenne près de 4 ans dans des conditions d'itinérance (Goering *et al.*, 2012). L'échantillon étudié ici vivait plutôt une certaine instabilité résidentielle (plutôt qu'une itinérance absolue) reliée au fait de demeurer en hébergement ou dans leur famille.

Au plan de la santé mentale, quatre participants et participantes n'avaient pas de diagnostic de trouble de santé mentale selon le MINI. Il s'agit là d'une répercussion du critère de sélection particulier au volet rural, soit une référence provenant des centres de santé mentale communautaire. Dans l'étude nationale, le critère était plutôt d'avoir obtenu un diagnostic sur la base du MINI (Goering *et al.*, 2011). La plupart des études rapportent un échantillon qui inclut une proportion plus élevée de participants et participantes ayant des troubles psychotiques (Greenwood *et al.*, 2005; Hurlburt *et al.*, 1996). Une autre particularité se situe au plan du capital économique plus élevé des participantes et participants en milieu rural, alors que certains d'entre eux rapportaient occuper des emplois dès l'entrée dans le programme. Le niveau de besoin modéré de cette population pourrait potentiellement être expliqué par l'exode vers les villes des personnes ayant les besoins les plus élevés.

Adaptation du modèle Logement d'abord dans une région rurale

L'objectif du programme Logement d'abord est de loger les personnes utilisatrices et de leur offrir des services spécialisés adaptés à leurs besoins. Dans le cadre du contexte rural, il fut constaté que la pénurie de services spécialisés et la distance séparant les personnes utilisatrices des services existants constituaient des défis à l'implantation de cette approche. Les déplacements de l'équipe font écho aux difficultés des équipes évoluant en milieu urbain (Nelson *et al.*, 2014). Cependant, dans le cas du projet rural, la seule option de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

transport des personnes utilisatrices était celle que le programme pouvait offrir, soit le transport effectué par l'équipe SI. Cette difficulté fut également identifiée par Forchuk et collègues (2010). Ces auteurs suggèrent d'ailleurs d'offrir un système de transport en commun. L'idée que le transport puisse être opéré par des pairs serait en harmonie avec la philosophie d'intégration des personnes utilisatrices dans l'offre des services, soit l'un des domaines où la fidélité du programme au niveau national devait être augmentée (Nelson *et al*., 2014).

Une adaptation innovante du projet dans le sud-est du Nouveau-Brunswick fut d'offrir un modèle hybride entre les services SI et le soutien d'intensité variable. Ce modèle, qui met à profit les compétences d'une équipe SI par l'association avec l'équipe plus large du centre urbain voisin, permet de fournir le volume de services requis en zone rurale. Ce modèle est similaire à ce que suggéraient Meyer et Morrissey (2007) dans une revue des différentes options de services communautaires offerts en zone rurale. Une adaptation récente fut effectuée en région rurale du Vermont, où l'équipe SI utilise les vidéoconférences pour certaines rencontres avec leurs participants et participantes (Stefancic *et al.*, 2013). Cette option gagnerait à être étudiée davantage dans une recherche future.

Politiques et programmes de logement au Canada dans les régions rurales

À ce jour, l'attention des décideurs et des chercheurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de l'itinérance se trouve principalement tournée vers les grandes villes (Bruce, 2006). Alors que la promotion et la représentation des droits des personnes avec des problèmes de santé mentale et de logement s'organisent partout au pays, l'argumentaire reste centré sur des réalités urbaines. Conséquemment, les grandes villes sont parvenues à obtenir davantage de financement pour leurs projets, alors que les initiatives des communautés rurales demeurent proportionnellement sous-financées. La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance du Gouvernement canadien octroie 119 millions de dollars annuellement, distribués parmi 61 collectivités. La grande majorité de ces collectivités sont des grands centres. Aucun programme spécifique n'existe pour les régions rurales, et aucun montant d'opération n'est identifié par le Gouvernement du Canada (2013). Ainsi, il serait avantageux que les promoteurs des droits des personnes sans-abri, les décideurs et les concepteurs de programmes se tournent vers cette problématique.

La seule exception à cette règle est un récent rapport déposé par le Gouvernement de l'Alberta (Waegemakers Schiff et Turner, 2014). Ce rapport de recherche décrit la situation de l'itinérance dans les régions rurales de la province et lance un appel à une reconsidération de la politique actuelle, qui permet l'offre de programmes Logement d'abord seulement dans les grandes villes.

Ainsi, des programmes Logement d'abord pourraient être implantés avec succès en région rurale avec un certain nombre d'adaptations, ce qui permettrait une offre de services adaptés aux besoins ruraux. Ces programmes devront considérer les difficultés associées au transport en milieu rural. Ils pourront modifier le ratio intervenant(e) / personnes utilisatrices et peut-être mettre à profit la suggestion d'avoir un service de transport dirigé par les personnes utilisatrices. Les services disponibles dans chaque communauté devraient également être tenus en considération et des associations avec les équipes SI des centres urbains à proximité devraient être considérées, par l'intermédiaire par exemple des technologies de l'information.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Limites de l'étude

Le faible nombre de participants et participantes ne permettait pas une saturation des données, mais il reflète les contraintes du site de recherche, notamment la petite taille de l'équipe SI et le peu d'informateurs clés engagés dans le fonctionnement du volet rural. Les utilisateurs et utilisatrices de services recrutés par le projet étaient majoritairement des individus en situation d'itinérance relative, qui étaient logés chez des membres de leur famille ou en situation d'hébergement.

CONCLUSION

En conclusion, cette recherche démontre qu'il fut possible d'adapter un programme Logement d'abord avec succès en région rurale. Les succès furent perceptibles au plan de l'offre de services spécialisés, du transport et de l'intégration communautaire. Ces réussites furent possibles grâce à des adaptations stratégiques apportées au modèle Logement d'abord. Une recherche future pourrait valider la pertinence de mettre en œuvre des services de transport communautaire, opéré par les personnes utilisatrices du programme.

NOTE

1. En réalité, théoriquement, purement, ils devaient y avoir trois employés, cependant ils ont seulement deux employés. Donc, ils n'ont pas la diversité de l'équipe SI complète. Cependant, nous sommes tous assis autour de la table quand ils discutent de leurs clients et clientes et nous sommes disponibles pour eux. S'ils sentent qu'ils ont besoin d'une spécialiste de la famille (home economist) pour faire un peu d'enseignement, elle va y aller. Il y a donc une certaine flexibilité. Voilà pourquoi je dis que nous essayons de suivre le modèle de l'équipe SI avec les forces des différents membres de l'équipe. (traduction des auteurs)

RÉFÉRENCES

Barker, S., Barron, N., McFarland, B. H. et Bigelow, D. A. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and validity. *Community Mental Health Journal, 30*(4), 363–383. doi : 10.1007/BF02207489

Bruce, D. (2006). Homelessness in rural and small town Canada. Dans P. Milbourne et P. Cloke (dir.), *International perspectives on rural homelessness* (p. 63–78). New York, NY : Routledge.

Dickey, B., Gonzalez, O., Latimer, E., Powers, K., Schutt, R. K. et Goldfinger, S. M. (1996). Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. *Psychiatric Services, 47*(2), 152–158. Consulté à http://ps.psychiatryonline.org.proxy.bib.uottawa.ca/data/Journals/PSS/3444/152.pdf

Forchuk, C., Montgomery, P., Berman, H., Ward-Griffin, C., Csiernik, R., Gorlick, C. [. . .] Riesterer, P. (2010). Gaining ground, losing ground: The paradoxes of rural homelessness, *Canadian Journal of Nursing Research*, *42*(1), 138–152. Consulté à http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2010/00000042/00000002/art00013

Goering, P. N. (2004). *Making a difference: Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative.* Consulté à http://ontario.cmha.ca/files/2012/07/Making_a_Difference_CMHEI_Final_Project.pdf

Goering, P. N., Streiner, L, D., Adair, C., Aubry ,T., Barker, J., Distasio, J. [. . .] Zabkiewicz, P. (2011). The At Home / Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomized controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open, 1*(2), e000323. doi : 10.1136/bmjopen-2011-000323

Goering, P. N., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E. et Ly, A. (2012). *Projet Chez Soi : rapport provisoire.* Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Housing_At_Home_Interim_Report_FRE.pdf

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24

Gouvernement du Canada. (2013). *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance.* Consulté à http://actionplan.gc.ca/fr/initiative/strategie-des-partenariats-de-lutte-contre

Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G. et Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology, 36*(4), 223–238. doi : 10.1007/s10464-005-8617-z

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. et Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *13*(2), 171–186. doi : 10.1002/casp.723

Hendryx, M., Dyck, D., McBridge D. et Whitbeck, J. (2001). A test of the reliability and validity of the Multnomah Community Ability Scale. *Community Mental Health Journal, 37*(2), 157–169. doi : 10.1023/A:1002713816110

Henry, M. et Sermons, M. W. (2010). Geography of homelessness. Washington, DC : National Alliance to End Homelessness, Homelessness Research Institute. Consulté à http://www.endhomelessness.org/library/entry/geography-of-homelessness

Hurlburt, M. S., Wood, P. A. et Hough, R. L. (1996). Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns. *Journal of Community Psychology, 24*(3), 291–310. Consulté à http://ps.psychiatryonline.org.proxy.bib.uottawa.ca/article.aspx?articleID=79439

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheeman, K. [. . .] Dunbar, G. C. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*, 224–231. doi : 10.1016/S0924-9338(97)83296-8

Manning, S. (Ed.). (2006). *2006 student census.* Toronto, ON : Toronto District School Board, Organizational Development Department, Research and Information Services.

Mares, A. S. et Rosenheck, R. A. (2007). *HUD/HHS/VA collaborative initiative to help end chronic homelessness national performance outcomes assessment: Preliminary client outcomes report.* West Haven, CT : Northeast Program Evaluation Center.

McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H. [. . .] Drake, R. E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 969–982. Consulté à http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/4/969.full.pdf

Meyer, P. S. et Morrissey, J. P. (2007). A comparison of Assertive Community Treatment and Intensive Case Management for patients in rural areas. *Psychiatric Services, 58*(1), 121–127. Consulté à http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3790/07ps121.pdf

Nelson, G., Stefancic, A., Rae J., Townley G., Tsemberis S., Macnaughton E. [. . .] Goering P. (2014) Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: A mixed methods approach. *Evaluation and Program Planning, 43*, 16–26. doi : 10.1016/j.evalprogplan.2013.10.004

New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour. (2012). *New Brunswick regional profiles: Southeast profile.* Consulté à http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/petl-epft/PDF/Publications/SoutheastProfile.pdf

O'Connell, M. J., Kasprow, W. et Rosenheck, R. (2009). Direct placement versus multistage models of supported housing in a population of veterans who are homeless. *Psychological Services*, *6*(3), 190–201. doi : 10.1176/appi.ps.59.3.268

Pearson, C., Montgomery, A. E. et Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *Journal of Community Psychology*, *37*(3), 404–417. doi : 10.1002/jcop.20303

Rosenheck, R. A., Kasprow, W., Frisman, L. et Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 940–951. doi :10.1001/archpsyc.60.9.940

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheeman, K., Janavis, J., Weiller, E., Bonora, L. I. [. . .] Dunbar, G. C. (1997). Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*, 232–241. doi : 10.1016/S0924-9338(97)83297-X

Statistique Canada. (2006). *Recensement de 2006, formulaire long.* Consulté à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm

Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Consulté à http://www.statcan.gc.ca

Statistique Canada. (2011). *Population urbaine et rurale, par province et territoire (Canada)*. Consulté à http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo62a-fra.htm

Stefancic, A., Henwood, B. F., Melton, H., Shin, S-M., Lawrence-Gomez, R. et Tsemberis, S. (2013). Implementing Housing First in rural areas: Pathways Vermont. *American Journal of Public Health, 103*(Suppl 2), S206–S209. doi : 10.2105/AJPH.2013.301606

Stefancic, A. et Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention, 28*(3–4), 265–279. doi : 10.1007/s10935-007-0093-9

Tabol, C., Drebing, C. et Rosenheck, R. A. (2010). Studies of "supported" and "supportive" housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning, 33*, 446–456.

Thomas, R. D. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, *27*, 237–246. doi : 10.1177/1098214005283748

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

Tsemberis, S. et Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 51*(4), 487–493. doi : 10.1176/appi.ps.51.4.487

Tsemberis, S., Gulcur, L. et Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*(4), 651–656. doi : 10.2105/AJPH.94.4.651

Waegemakers Schiff, J. et Turner, A. (2014). *Rural Alberta homelessness.* Calgary, AB : University of Calgary, Faculty of Social Work / Edmonton, AB : Alberta Centre for Child, Family & Community Research. Consulté à http://www.research4children.com/data/documents/Alberta_Rural_Homelessness_Report_June_11_FINAL.pdf

Whitzman, C. (2006). At the intersection of invisibilities: Canadian women, homelessness and health outside the "big city." *Gender, Place and Culture, 13*(4), 383–399. doi : 10.1080/09663690600808502

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.224.184.149 on 05/18/24