

Interdépendance du logement et des services : une étude qualitative sur l'interdépendance des conditions de logement et des services pour la réinsertion sociale en santé mentale, avec une approche Logement d'abord implantée dans une petite ville canadienne

Danielle Nolin
Université de Moncton

Jonathan Jetté
Université d'Ottawa

Danielle Nolin, Professeure en Éducation à l'Université de Moncton; Jonathan Jetté, étudiant diplômé dans le programme de psychologie clinique à l'Université d'Ottawa.

Nous remercions Jayne Barker (2008–11), Cameron Keller (2011–12), et Catharine Hume (2012–présent), directrices et directeur nationales du projet At Home / Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada, ainsi que 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 Danielle Nolin, Professeure en Éducation, Université de Moncton, Campus de Shippagan, Pavillon Irène-Léger, 218, boul. J.-D.-Gauthier, Shippagan (Nouveau-Brunswick), E8S 1P6. Tél : (506) 336-3400 poste 8208. Téléc : (506) 336-3477. Courriel : danielle.nolin@umoncton.ca

RÉSUMÉ

Dans le cadre du projet At Home / Chez Soi visant à évaluer l'efficacité de l'approche Logement d'abord, un volet a été consacré à une recherche qualitative basée sur le récit de vie en vue de mieux comprendre les impacts du projet au niveau du mode de vie et des perceptions des participants. Deux groupes de participants, expérimental ($n = 10$) et de comparaison ($n = 10$), ont été interviewés au début de l'étude ainsi qu'après 18 mois (groupe expérimental, $n = 9$; groupe de comparaison, $n = 8$). L'étude tend à montrer que ce modèle d'intervention contribue à des changements significatifs dans la perception des participants d'eux-mêmes et de leur condition de santé mentale.

Mots clés : santé mentale, Logement d'abord, réinsertion sociale

ABSTRACT

As part of the At Home / Chez Soi project in Moncton, a qualitative study was carried out based on the life narratives of participants. The study sought to better understand the impact of the project on the participants' lifestyles and perceptions. Two groups of participants, experimental ($n = 10$) and control ($n = 10$), were interviewed at the beginning of the study and also after 18 months (experimental group, $n = 9$; control group, $n = 8$). The study generally demonstrated that Housing First contributes to significant changes in participants' perceptions of themselves and their mental health condition.

Keywords: mental health, Housing First, social reintegration

Cette étude, effectuée dans le cadre de la recherche At Home / Chez Soi qui vise les personnes sans abri avec un problème de santé mentale, s'interroge sur le processus de rétablissement des participants (hommes et femmes) du projet à l'aide de méthodes qualitatives. Depuis l'implantation des premières interventions Logement d'abord (Housing First) de l'équipe Pathways to Housing (Tsemberis, 1999; Tsemberis et Eisenberg, 2000), l'approche a gagné en popularité. Progressivement, ce modèle innovateur renverse le paradigme traditionnel de services en santé mentale pour les personnes avec un vécu d'itinérance. Le modèle Logement d'abord prône que le logement est une étape primordiale devant être accompagné de services, en contraste avec l'ancien modèle qui consistait à offrir un logement uniquement aux personnes suffisamment stables mentalement et ayant démontré des améliorations au niveau de l'abstinence ou des symptômes de santé mentale (Nelson, 2010).

Ce gain en popularité a été influencé à la fois par de multiples démonstrations rigoureuses de l'efficacité de l'intervention (Dickey *et al.*, 1996; Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis et Fischer, 2003; Hurlburt, Hough et Wood, 1996; McHugo *et al.*, 2004; Pearson, Montgomery et Locke, 2009; Rosenheck, Kaspro, Frisman et Liu-Mares, 2003) et par l'arrimage de l'approche avec les préférences des individus qui ont des problèmes de santé mentale et un historique d'itinérance (Nelson, 2010). De plus, les études sur les perceptions des participants ont indiqué que ceux-ci préféraient avoir du pouvoir sur leur vie et demeurer dans les milieux les moins restrictifs possibles (Piat *et al.*, 2008, Tanzman, 1993).

Les études quantitatives effectuées dans les grandes villes américaines ont démontré que l'approche est efficace pour : (a) stabiliser le logement pour plus de 80 % des participants (O'Connell, Kaspro et Rosenheck, 2008; Stefancic et Tsemberis, 2007), (b) diminuer l'utilisation de services de santé tels que

l'hospitalisation (Gulcur *et al.*, 2003; O'Connell *et al.*, 2008) et (c) faciliter l'intégration communautaire, mesurée par la taille du réseau social, la qualité des relations familiales et l'implication dans le système juridique (O'Connell *et al.*, 2008 ; Rosenheck *et al.*, 2003). Toutefois, les études mesurant la prévalence des symptômes psychiatriques n'ont pu démontrer de changement significatif à ce niveau (O'Connell *et al.*, 2008; Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2004). Sur le plan de la consommation de substances et d'alcool, les études ont obtenu des résultats divers, où la majorité n'ont pu repérer de différence significative (McHugo *et al.*, 2004; O'Connell *et al.*, 2008; Pearson *et al.*, 2009; Tsemberis *et al.*, 2004) alors que d'autres en ont mesuré (Cheng, Lin, Kaspro et Rosenheck, 2007; O'Connell *et al.*, 2008).

Les méthodes qualitatives s'avèrent une stratégie efficace dans l'exploration du processus de rétablissement des personnes sans-abri avec un problème de santé mentale ainsi qu'un outil permettant de mieux cerner les éléments sous-jacents aux processus de changement (Davidson, Ridgway, Kidd, Topor et Borg, 2008). C'est ainsi que certaines études ont permis d'approfondir la compréhension du phénomène de l'intervention Logement d'abord du point de vue des perceptions des participants. On comprend ainsi mieux les éléments de vécu qui amènent les participants à avoir un taux plus bas de consommation de substances, à utiliser moins de traitements ciblant la consommation et à avoir moins de chances de quitter leurs traitements (Padgett, Stanhope, Henwood et Stefancic, 2011).

Certaines recherches se sont penchées davantage sur l'expérience et les perceptions des participants tels que les aspirations, croyances, prévisions et craintes des personnes ayant été sélectionnées pour commencer un projet Logement d'abord (Henwood *et al.*, 2013). Une autre étude a permis de mettre en évidence le parcours et les changements qu'implique le passage de la vie dans la rue à une vie de stabilité orientée vers le changement (Kirkpatrick et Byrne, 2009).

Dans le cadre du projet At Home / Chez Soi, une équipe a analysé les entrevues de participants récemment logés et il s'avère que le logement comme base de stabilité est source d'espoir pour plusieurs d'entre eux (Nelson *et al.*, 2014). Parallèlement, certains rapportaient craindre de ne pas réussir sur divers plans et vivaient tout de même du désespoir (Polvere, Macnaughton et Piat, 2013). Cet article vise à documenter ce qui arrive après ce stade initial. Lorsque les participants ont vécu et participé au programme pendant 18 mois, qu'arrive-t-il, comment vivent-ils ces différences ? Quels sont les changements qu'ils observent, comparativement aux groupes qui ont dû évoluer sans le programme Logement d'abord en utilisant les services usuels dans la communauté?

Nous visons également à documenter le processus de changement. Quels sont les éléments qui ont enclenché et soutenu le changement ? Un article central sur la question fût publié par Padgett (2007), où l'auteure a exploré le rôle du concept de la sécurité ontologique (construction de l'identité de soi) dans le processus de rétablissement des participants d'un programme Logement d'abord. Les autres articles sur le sujet se sont plutôt attardés aux éléments du programme en soi où les éléments critiques furent identifiés par Watson, Wagner et Rivers (2013), ainsi qu'aux cibles d'intervention différentes selon le point de vue des intervenants et intervenantes (Henwood, Stanhope et Padgett, 2011). À notre connaissance, notre recherche s'avère innovatrice puisqu'elle documente : (a) les facteurs influençant le changement positif autant que les facteurs de maintien et de régression, (b) la comparaison avec le groupe de traitement habituel et (c) les diverses sources ayant contribué aux changements, incluant celles qui ne proviennent pas du programme.

La recherche actuelle se propose de répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les différences et ressemblances entre les conditions de Logement d'abord et des traitements usuels en ce qui concerne les changements vécus (changements de vie, journée typique, rétablissement, santé mentale, bien-être, relations, situation matérielle, stabilité du logement, espoirs pour l'avenir) ?
2. Quels sont les facteurs qui ont aidé aux changements ou qui les ont gênés (logement, services de santé mentale) ?

MÉTHODOLOGIE

Mise en contexte

Avec une population d'environ 138 000 personnes (région métropolitaine de Moncton incluant Dieppe et Riverview), le site de Moncton est la plus petite ville participant au projet de recherche At Home / Chez Soi (Statistique Canada, 2011). La taille de la population de Moncton est similaire à celle d'un grand nombre de villes canadiennes.

Une entrevue de récit de vie a été réalisée au début de l'étude pour documenter le parcours de vie ayant mené à l'itinérance de même que les conditions actuelles des participants. Une seconde entrevue a été réalisée 18 mois plus tard. Ces deux entrevues ont été conçues par l'équipe nationale qui travaille au volet qualitatif de la recherche At Home / Chez Soi. Le guide d'entrevue des 18 mois a permis de recueillir les expériences vécues, les perceptions et les sentiments des participants du groupe expérimental sur des thèmes liés à la dispensation de nouveaux services, soit un logement et un suivi individualisé par une équipe pluridisciplinaire se rendant à domicile. L'entrevue des 18 mois a aussi permis de documenter l'expérience des participants du groupe de comparaison du point de vue des services usuels. Dans un deuxième temps, cette série d'entrevues visait à documenter pour ces deux groupes comment les participants décrivent leur expérience par rapport aux thèmes du logement, du soutien, de l'intégration communautaire, de la qualité de vie, du rétablissement et du bien-être. Dans un troisième temps, il s'agissait d'identifier les facteurs liés aux processus identifiés par les participants (par exemple le logement ou le soutien) qui constituent une aide ou une entrave à leur intégration dans la communauté, à leur qualité de vie, à leur rétablissement et à leur bien-être.

Recrutement

Le recrutement que nous avons effectué pour le volet qualitatif s'est fait à partir de la base de données fournie par la coordonnatrice de terrain de l'équipe quantitative. Les références provenaient des organismes communautaires, des milieux hospitaliers, des services en santé mentale déjà existants, d'autres organismes œuvrant dans le domaine de la santé et des participants eux-mêmes. L'équipe a rencontré ces personnes pour s'assurer que leurs caractéristiques correspondent aux critères de sélection, soit : être âgé d'au moins 18 ans, n'avoir aucune personne sous sa responsabilité, avoir des problèmes de santé mentale, avoir vécu deux épisodes d'itinérance d'au moins 7 jours consécutifs ou un épisode d'une durée d'un mois. Notons que le *couch surfing*, c'est-à-dire une situation de logement précaire chez des parents, ami(e)s ou connaissances, est une situation également retenue aux fins de la recherche. Un questionnaire informatisé a d'abord été

administré par un membre de l'équipe de recherche quantitative afin d'obtenir ces informations et de pouvoir ainsi informer le participant quant à son admissibilité au projet. L'assignation subséquente au groupe expérimental ou au groupe de comparaison a été réalisée sur une base aléatoire. Chacun des deux groupes devait comprendre 100 personnes.

L'élément le plus important pour le recrutement des personnes auprès desquelles seraient menées les entrevues qualitatives était de s'assurer de la diversité des participantes et participants. À ce titre, trois facteurs ont été considérés de façon prioritaire : l'âge, la langue et le sexe.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 10)	Groupe de comparaison (<i>n</i> = 10)
Plus jeune participant (ans)	19	20
Participant plus âgé (ans)	62	59
Nombre de francophones (<i>n</i>)	5	3
Nombre d'anglophones (<i>n</i>)	5	7
Nombre d'hommes au départ (<i>n</i>)	5	5
Nombre de femmes au départ (<i>n</i>)	5	5
Nombre d'hommes au 18 ^e mois (<i>n</i>)	5	4
Nombre de femmes au 18 ^e mois (<i>n</i>)	4	4

Concernant les étapes méthodologiques, le repérage des personnes pour Moncton a eu lieu une fois par mois à raison de quatre personnes sélectionnées à la fois. La stratégie consistait à rencontrer à chaque mois deux personnes du groupe expérimental et deux personnes du groupe de comparaison. Nous avons procédé ainsi jusqu'à l'obtention des 20 participants. Le recrutement a débuté en avril 2009 et s'est terminé en décembre 2010.

Le tableau 1 présente les données sur les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les données démographiques sur les individus qui constituaient notre échantillon au moment du recrutement sont semblables également aux autres sites du projet Chez Soi. Une minorité de ces personnes, autant dans le groupe expérimental que dans le groupe de comparaison, sont acadiennes. Les participants proviennent de différents milieux et se sont retrouvés dans la région de Moncton par hasard ou pour le travail dans le passé. Toutefois, les participants francophones sont bilingues tandis que les participants anglophones ne parlent que leur langue maternelle. Au moment du recrutement, quatre participants vivaient en colocation dans un contexte de violence et de consommation, cinq habitaient en chambre avec salle de bain commune,

deux habitaient chez de la famille, huit habitaient dans la rue ou faisaient du *couch surfing* et, finalement, un habitait en foyer de soins.

Les rencontres entre les chercheurs et les participants du groupe expérimental et du groupe de comparaison ont eu lieu au bureau de l'équipe de suivi intensif ou dans des cafés répondant à la fois à des critères de sécurité et de confidentialité. Les entretiens du 18^e mois se sont terminés en décembre 2012.

Conditions de Logement d'abord (groupe expérimental)

Les conditions du groupe expérimental de notre recherche pour Moncton sont les mêmes que les autres villes du projet Chez Soi (Macnaughton, Goering et Nelson, 2012) et ont obtenu un haut niveau de fidélité au modèle Logement d'abord lors de l'évaluation du site (Macnaughton *et al.*, 2013). Les participants consacrent au plus 30 % de leur revenu pour un logement régulier et privé. Ils ont le choix de l'appartement et du quartier dans lequel ils veulent habiter dans la ville de Moncton. Deux exigences sont reliées à la participation au groupe expérimental, la première étant que le logement doit être payé directement au propriétaire et la deuxième étant d'accepter la visite chaque semaine d'un membre de l'équipe de traitement. L'équipe prévoit un ratio d'un(e) intervenant(e) pour 10 participants. Elle est composée d'un groupe d'intervention multidisciplinaire spécialisé comprenant travailleurs sociaux et travailleuses sociales, conseillers et conseillères en emploi, spécialistes des dépendances, psychiatres, infirmières, pairs-aidants (personnes ayant vécu des expériences analogues), spécialistes de la famille et adjointes et adjoints administratifs, et est dirigée par un chef d'équipe. Ce modèle se trouve à la croisée des services et de la réadaptation (Goering, Farkas, Wasylenky, Lancée et Ballantyne, 1988; Marx, Test et Stein, 1973).

Particularités des conditions des soins usuels (groupe de comparaison)

Les entrevues initiales (Prévost et Nolin, 2011) nous ont appris qu'une des particularités de Moncton est la ruralité francophone qui l'entoure. Toutefois, l'itinérance à Moncton se vit surtout en anglais. Bien que Moncton soit considérée comme une ville bilingue, les organismes communautaires de première ligne (refuges, soupes populaires et banques alimentaires) utilisent surtout l'anglais pour offrir les services. Nous retrouvons donc des francophones qui n'ont pas les services communautaires dans leur langue maternelle. Les autres services auxquels ont accès les participants sont : médecin généraliste, psychiatre, hôpital de jour et logement à prix modique.

Processus de codage et d'analyse

Les entrevues ont été transcrites dans leur intégralité (verbatim). Pour la mise en forme des données, nous avons opté pour des fiches synthèses (Blanchet et Gotman, 1992). À partir de ce modèle, nous avons restructuré le contenu des entretiens afin d'en extraire le maximum de données possible tout en faisant ressortir les thèmes suggérés par l'équipe qualitative nationale. Les thèmes qui composent les fiches de synthèse sont une journée typique, les relations familiales et amicales, la situation financière, l'espoir pour le futur, le logement, les services, les facteurs qui aident et les facteurs qui nuisent. Pour chacun des participants, un résumé de l'entretien venait s'ajouter aux extraits de verbatims retenus selon les thèmes. À partir de ces

fiches synthèses, les chercheuses ont été en mesure de procéder à l'analyse des données et de comparer les données de départ à celles du 18^e mois selon les thèmes établis par la direction nationale de la recherche.

L'évaluation de la qualité des données a été réalisée par une personne extérieure de la recherche. Cette dernière a été présente depuis le tout début avec l'équipe qualitative. Nous lui avons remis trois entrevues audio ainsi que les verbatims s'y rattachant. La sélection s'est faite à partir de notre échantillon initial, c'est-à-dire un participant du groupe expérimental de Moncton, un participant du groupe de comparaison de Moncton et un participant du volet rural. Elle a répondu à la liste de contrôle de la qualité des entrevues fournies par l'équipe qualitative nationale. Dans un premier temps, elle a écouté les bandes audio et vérifié la fidélité des verbatims. Dans un deuxième temps, elle a vérifié la mise en œuvre du questionnaire avec la bande audio ainsi que la qualité des entretiens sur le plan du respect de l'intégrité du participant.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en fonction des trois questions de recherche, soit une comparaison entre les conditions de Logement d'abord (groupe expérimental) et des traitements usuels (groupe de comparaison) sur les changements vécus, les facteurs qui ont aidé ou gêné le changement et, finalement, les facteurs ou qualités qui sont liés à des changements positifs, neutres, ou négatifs dans les conditions de traitement. La plupart des extraits de verbatims ont été réservés à cette dernière section qui constitue une synthèse des résultats.

Comparaison entre les conditions du groupe expérimental et du groupe de comparaison sur les changements vécus

Journée typique.

Groupe expérimental. En général, la journée typique des participants s'est beaucoup améliorée. Certains participants mentionnent que la différence majeure par rapport à la vie dans la rue, c'est cet espace de survie qu'ils ne rencontrent plus et qui allège leur journée. Cela se traduit en soulagement pour certains et, pour d'autres, par une certaine forme d'ennui. D'une manière comme de l'autre, l'espoir et la quête d'une vie normale amènent les participants à prendre conscience des possibilités que permet une situation plus stable.

Groupe de comparaison. Les journées typiques ressemblent beaucoup au premier entretien ou bien les changements semblent être plutôt négatifs. Après 18 mois, la logique de survie est encore très présente, tout comme la logique de dépendance, que ce soit par rapport aux organismes communautaires, à la consommation ou au logement insalubre. La solitude et l'ennui sont des réalités pour plusieurs participants. Lorsque l'on y rencontre un peu de normalité, celle-ci se traduit par une marche pour se rendre prendre sa méthadone.

Stabilité du logement.

Groupe expérimental. Dans son ensemble, la satisfaction par rapport au logement est indéniable. On remarque la prédominance de deux facteurs. Le fait d'avoir choisi eux-mêmes leur quartier crée un sentiment d'appartenance. Pour certains, c'est de s'éloigner des quartiers de consommation. Pour d'autres, c'est la reconnaissance d'être comme tout le monde, c'est-à-dire de ne plus être stigmatisé comme habitant le quartier pauvre. Toutefois, on remarque qu'il y a tout de même une forme de stigmatisation. Elle viendrait

parfois des propriétaires de logement par une surveillance accrue. Le deuxième facteur est le sentiment de responsabilité :

Ça répond à mes besoins, ben j'ai un ti peu d'misère avec mon euh, mon landlord là, parce que j'pense que mon landlord a plusieurs participants là pis y'a d'la misère avec les autres là pis on dirait qu'moi y m'surveille. (P7)

Le fait d'avoir choisi leur logement leur permet de prendre soin de l'environnement dans lequel ils habitent et leur procure non seulement une stabilité mais également une fierté :

C'est pas toute défaite, c'est bien entretenu dans la bâtisse. Pis j'me sens confortable là, c'est pas une bâtisse où t'as l'party pis plein d'affaires, c'est vraiment calme, pis [. . .] j'ai toute proche de chez moi. (P15)

Groupe de comparaison. Lors de l'entretien du 18^e mois, les participants avaient tous un toit sur la tête, certains ayant obtenu leur logement chez NB Housing. Certains vivent en colocation et ne se sentent pas en sécurité, mentionnant qu'il y a de l'alcool et des drogues dans l'appartement. D'autres habitent en chambre et mentionnent le manque d'intimité lorsque vient le temps de leur hygiène corporelle et l'insalubrité. Contrairement au groupe expérimental, la stigmatisation vient plutôt du quartier. En effet, les appartements sont situés dans des quartiers qui sont réputés comme des quartiers pauvres où les nouveaux arrivés comme les départs dans les appartements sont constants.

You don't know how many people have been moving and coming and going. Every time I walk past there's another moving truck and I just, you know. Everybody is gossiping about who is doing what.¹ (PC4)

Services.

Groupe expérimental. Les services de l'équipe de suivi intensif sont très appréciés. On mentionne la centralisation, la diversification et la régularité des services, comme autant de points d'ancrage majeurs pour la stabilité des participants :

C'est l'affaire et que, dans tous les services que j'ai là, l'affaire est que j'ai ma liberté. [. . .] Pis y'a pas aucune argent qui peut l'acheter. (P4)

Toutefois, certains soulignent que le fait de rencontrer des personnes différentes chaque semaine est difficile pour eux.

Groupe de comparaison. Nous avons observé certains phénomènes qui qualifient la qualité des services chez la majorité des participants. Un premier phénomène que l'on rencontre semble le manque de service ou, plus précisément, la liste d'attente. Certains participants, malgré un ordre de la cour, se retrouvent encore en attente de service. Ils se contentent de leur travailleur social ou travailleuse sociale ou d'un médecin de famille lorsque cela est possible. Enfin, nous avons remarqué que la perception de la psychiatrie en général est très négative. Lorsque certains participants soulèvent le fait qu'ils ont un bon psychiatre, c'est une question de chance :

Ouais, j'ai été chanceux de qui j'ai pogné comme psychiatre en général. (PC8)

Santé mentale et bien-être, médication et consommation.

Groupe expérimental. Lorsque nous avons comparé les journées typiques des participants par rapport à leur premier entretien, les données du 18^e mois étaient beaucoup plus positives. Le fait d'avoir un toit

sur la tête permet à la personne de s'attaquer à d'autres problèmes. Également, l'acceptation de la maladie conduit la personne à un mieux-être. Notons que le psychiatre joue un rôle très important dans cette démarche. L'importance du respect et de l'écoute est mentionnée à maintes reprises. Contrairement à ce que nous avons rencontré dans le premier entretien, la gestion de la médication est beaucoup plus stable et aucune plainte sur les effets secondaires n'a été mentionnée. Enfin, la toxicomanie est encore très présente chez les participants. Toutefois, elle se nomme d'une façon plus positive, c'est-à-dire dans l'optique d'une meilleure gestion. À travers ces constats ressort l'impact de l'équipe de suivi intensif dans la régularité de ses services qui permettent aux participants cette évolution quant à la compréhension de leur maladie ainsi qu'à la gestion de leur médication et de leur consommation.

Groupe de comparaison. Les journées typiques sont de l'ordre de la survie ou presque, le logement est inadéquat et les services sont insuffisants ou inexistantes. La consommation est le facteur prédominant dans les entretiens. Contrairement au groupe expérimental, on ne parle pas de gestion, mais de facteurs qui nuisent. La prostitution fait encore partie du quotidien pour certaines participantes pour se procurer de la drogue. À défaut de soutien, l'isolement est vu comme une solution pour ne pas consommer. L'effet de porte tournante est présent pour certains participants : mauvaise gestion de la maladie mentale, prise de drogue et d'alcool pour contrer les symptômes puis l'hospitalisation et ainsi de suite, en plus des démêlés avec la justice.

Situation matérielle.

Groupe expérimental. La précarité est encore très présente chez les participants, quoiqu'elle se présente sous une autre forme que lors du premier entretien. Aujourd'hui, il y a une conscientisation quant à la gestion de l'argent et l'utilité de faire un budget. Le désir d'une autonomie et d'une fierté de gérer son budget est palpable dans les entretiens.

Groupe de comparaison. Nous faisons face ici à une logique de dépendance. L'utilisation des services communautaires comme la cuisine populaire et la banque alimentaire fait partie intégrante du mode de vie des participants du groupe de comparaison. La situation financière s'est améliorée pour certains par le fait d'avoir reçu un logement à NB Housing. D'autres encore reçoivent de l'aide pour les frais d'électricité durant les mois d'hiver.

Relations (groupe expérimental et de comparaison). Nous avons constaté que les relations amicales, familiales et amoureuses étaient similaires dans les deux groupes, tout comme la difficulté d'entrer en contact, de faire confiance. Vivre dans des conditions de survie pendant plusieurs années amène la personne à vivre de la méfiance. D'abord, la question des relations familiales est importante dans la vie des participants et les affecte d'une manière ou d'une autre. Pour certains cette relation est positive et pour d'autres elle est destructive, voire même inexistante. Pour les participants qui ont des enfants, la relation avec ceux-ci occupe une place déterminante dans leur vie. Elle est un point d'ancrage majeur dans leur vie. Certaines participantes mères espèrent reprendre leurs enfants qui sont placés sous la protection de la jeunesse. Le lien, même s'il est parfois effrité, demeure un sentiment de fierté et un devoir d'en prendre soin.

Nous avons pu remarquer que les amis et amies de longue date occupent une grande place dans la vie des participants. Ils sont devenus comme un membre de leur famille, une valeur sûre, sur laquelle ils peuvent compter, une personne à qui se confier. Les relations amoureuses des participants sont positives et aident les personnes à vivre.

Travail.

Groupe expérimental. Les facteurs qui ressortent concernant le travail sont la santé mentale, le handicap physique, la recherche d'emploi et le retour aux études. Les effets de la maladie mentale sont trop difficiles à vivre pour penser à un retour au travail traditionnel. Le milieu du travail est exigeant. Le manque de scolarité conduit les participants à se retrouver souvent dans des conditions d'emploi difficiles. L'épuisement et le stress qu'ils y ont vécu leur font encore peur. Un participant a rencontré le succès dans le retour aux études au collège communautaire.

Groupe de comparaison. Le premier facteur est la difficulté de la gestion de la maladie qui fait que la personne ne se voit pas être en mesure de se trouver un travail. Le deuxième facteur est plus de l'ordre de l'espoir, sous forme de pensée magique ou du rêve, mais rien n'est mis en action concrètement. Enfin, la prostitution est également un travail que nous avons rencontré dans le groupe de comparaison tel que déjà mentionné lorsqu'il était question de toxicomanie.

Rétablissement. Les données du deuxième entretien des deux groupes ne sont pas précises au sujet du rétablissement. Lors de l'analyse des entretiens, on remarque que la question n'a pas été posée directement. On doit donc déduire les informations de l'ensemble des entretiens. Pour certains, le fait de ne pas avoir été hospitalisé pendant l'année est un signe de rétablissement. De façon générale, le rétablissement passe par une gestion. La gestion de la consommation, la gestion de la médication, la gestion de l'argent, la gestion de l'alimentation, etc. On remarque aussi une capacité chez le participant de reconnaître ses difficultés et de faire des démarches en ce sens. L'équipe de suivi intensif joue un rôle indéniable dans ce processus.

Espoirs pour l'avenir.

Groupe expérimental. D'une façon générale, la vision du futur chez les participants du groupe expérimental est beaucoup plus assurée. Leurs perspectives d'avenir sont beaucoup plus réalistes et, par le fait même, permettent l'atteinte de certains objectifs. L'un des facteurs que l'on peut remarquer est la capacité de se voir et de s'accepter dans ses difficultés afin de les travailler, ce qui permet une vision du futur plus positive. Terminer ses études ou avoir une famille sont parmi ces objectifs qui font partie de cette vision du futur pour certains participants. Pour d'autres, c'est d'économiser de l'argent pour faire un petit voyage. On remarque une vision du futur dans une optique d'objectifs à court terme et à moyen terme.

Groupe de comparaison. L'espoir pour l'avenir est inexistant ou quasi inexistant. Des participants affirment qu'ils ont assez fait de projets qui n'ont pas fonctionné et que maintenant ils ne veulent plus en avoir. Pour d'autres, il n'y a pas de projet réaliste à court ou à long terme.

Facteurs qui ont aidé aux changements ou qui les ont gênés

Groupe expérimental.

Facteurs positifs. Plusieurs facteurs ont émergé jusqu'à maintenant dans notre analyse de la première question de recherche traitant des changements de vie. Le facteur qui a été le plus mentionné est bien entendu le logement. La famille, lorsque les relations sont positives, favorise grandement le changement et les enfants influencent aussi grandement le rétablissement des participants. Le sentiment de responsabilité et de devoir donner l'exemple d'un bon parent est une source de motivation. Les organismes communautaires, surtout

les groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes ou des Joueurs Anonymes plutôt que des organismes de première ligne, sont une autre source qui favorise la transformation. La spiritualité est également présente chez certains participants, leur permettant l'acceptation parfois difficile de leurs conditions de vie. Enfin, la médication est un facteur qui joue un rôle déterminant pour le changement. Lors de l'analyse des entretiens du 18^e mois, nous avons remarqué que les effets secondaires désagréables, tels que les maux de tête, la bouche sèche et la prise de poids, n'étaient plus du tout dans l'argumentaire pour cesser la médication. Bien au contraire, il était maintenant question de gestion pour un mieux-être.

Facteurs négatifs. En ce qui concerne les facteurs qui ont gêné les changements, la drogue est le premier élément de difficulté. En effet, plusieurs participants ont des dépendances à la drogue ou à l'alcool. Un autre facteur contribuant à la difficulté du changement est la maladie physique. Certains participants ont des douleurs chroniques, d'autres ont des handicaps physiques ou des problèmes cardiaques qui rendent difficile le quotidien. La plupart de ces participants considèrent ces problèmes de santé comme une conséquence inévitable d'avoir passé une partie de leur vie dans la rue. Les relations familiales sont également un facteur qui peut être nuisible si elles sont négatives. Les attentes de procès sont des facteurs de stress qui influencent le changement, ainsi que la difficulté d'adaptation aux nouveaux services.

Groupe de comparaison.

Facteurs positifs. Un des premiers facteurs que l'on rencontre lors de l'analyse est la présence des organismes communautaires de première ligne. Ils constituent la base de la survie de ce groupe de personnes du point de vue de la nourriture, de l'habillement et de l'hébergement. Un autre facteur qui est mentionné est la spiritualité. La Bible, les commandements et la volonté de Dieu sont au rendez-vous pour survivre à la drogue. Les relations, qu'elles soient amoureuses ou amicales, sont importantes dans la facilitation du changement. Pour certains, après quelques tentatives de suicide, c'est seulement le désir de vivre et d'espérer de l'aide qui peut devenir un facteur de changement positif si la personne est récupérée à temps.

Facteurs négatifs. Le manque de service est un facteur majeur. Les conditions de logement ont un impact majeur dans les facteurs négatifs. En effet, comme certains l'ont mentionné, être mal logé dans un quartier stigmatisé accentue le risque de consommation. Comme la gestion de la santé mentale n'est pas adéquate, elle devient par le fait même un facteur important dans la difficulté de changement. Enfin, certains participants ont des problèmes physiques et ne consultent pas, ce qui devient un facteur qui s'aggrave et qui rend le changement encore plus difficile.

Facteurs ou qualités qui sont liés à des changements positifs, neutres ou négatifs

Facteurs communs des deux groupes. Les résultats de l'analyse pour Moncton ont émergé d'un regard sur le phénomène du logement en conjonction avec les services offerts. À travers ce processus, nous avons rencontré certains thèmes communs aux deux groupes, soit le groupe expérimental et le groupe de comparaison, et qui sont vécus généralement de la même façon. Le premier thème relève de la spiritualité. En effet, la spiritualité joue un rôle fondamental pour des participants des deux groupes. Certains vont lire la Bible, d'autres vont prier pour accepter leur vie tandis que d'autres encore se voient dotés d'un don de Dieu :

Uh ben, souvent j'me levais, la première chose que j'fais, j'va faire un café, lire la Bible ah, j'ai cinq bibles que j'lis à travers tous les jours dans des différentes langues. (P11)

Un autre thème commun rencontré est le fait d'avoir un réseau fragile, voir même quasi inexistant. Seulement la famille proche, les enfants (pour ceux qui en ont) et les amies et amis de longue date demeurent présents, mais généralement en nombre restreint. Certains n'ont plus de liens avec des proches. Deux groupes d'entraide, Alcooliques Anonymes et Joueurs Anonymes, occupent également une place importante chez les deux groupes. Nous avons aussi rencontré de part et d'autre la question de la santé physique. Que ce soit dans le groupe expérimental ou celui de comparaison, la santé demeure un problème puisque certaines personnes vivent avec une maladie chronique.

Tableau 2
Facteurs de convergence

Comparaison	Commun	Expérimental
	Spiritualité	
Logique de dépendance ←	Précarité	→ Reprise du pouvoir de la personne—fierté
	Réseau fragile ou inexistant (famille et ami[e]s de longue date)	
	Groupe d'entraide	
Prostitution Isolement ←	Toxicomanie	→ Gestion de son mieux être Nouvelle fréquentation
	Santé physique	
Hospitalisation Manque de services Consommation ←	Instabilité liée à la santé mentale	→ Gestion de la médication Accès aux services

On retrouve aussi des thèmes qui sont communs aux deux groupes, mais qui sont vécus différemment (tableau 2). La précarité demeure un thème inséparable de la situation de l'itinérance en santé mentale. Cependant, nous avons remarqué que la précarité dans le groupe de comparaison se traduit par une logique de dépendance, c'est-à-dire que l'utilisation des services communautaires pour survivre à la précarité est présentée comme une fin en soi :

My typical would be actually . . . “go all the way” downtown, go to the soup kitchen, talk to [Jerry] and . . . that's my typical day.² (PC14)

Pour le groupe expérimental, la précarité est beaucoup plus exprimée dans une logique de reprise du pouvoir de la personne et de son autonomie :

He says he wants to rely on himself rather than on other people. He wants to become self-sufficient.³ (P15)

La toxicomanie est un autre thème récurrent dans les deux groupes. Encore une fois, les données du groupe de comparaison montrent un processus de dégradation allant jusqu'à la prostitution pour se procurer de la drogue ou à l'isolement pour éviter d'en consommer :

J'te dis j'travail pour un escort service à cause j'feel que j'ai jamais été aimée dans ma vie right so . . . pis faut j'achète mes drogues right. À cause j'veux faire les drogues, c'est juste à cause j'suis lonely pis depressed right. (PC9)

En ce qui a trait au groupe expérimental, on constate un désir de gestion de son mieux-être, incluant de nouvelles fréquentations facilitant la gestion ou l'arrêt de la consommation :

No my friends changed. Some of these you know are not drug users at all you know.⁴ (P2)

Finalement, le dernier thème commun est celui de l'instabilité liée à la santé mentale. En ce qui concerne le groupe de comparaison, les participants identifient le manque de services, les listes d'attente et l'hospitalisation :

I even have a court order to see mental health and no. I'm on a waiting list.⁵ (P6)

Du côté du groupe expérimental, on y retrouve deux processus de stabilisation : un processus interne par la gestion de la médication et un processus externe découlant de la stabilité d'accès aux services :

Quand j'étais pas sur mes médicaments j'pensais j'étais marié secrètement à une [. . .] de l'Australie pis qu'a l'allait me rencontre à Vancouver. (P18)

Facteurs négatifs particuliers au groupe de comparaison. Certains thèmes en rapport avec la stigmatisation, la perception de la psychiatrie et l'espoir pour l'avenir ont été rencontrés strictement dans le groupe de comparaison. La stigmatisation se retrouve au niveau du quartier qui est identifié à la pauvreté et au danger. En plus du logement inadéquat, les déménagements fréquents contribuent à l'instabilité.

La perception de la psychiatrie est plutôt négative. En ce qui concerne l'espoir pour l'avenir, il est soit inexistant, soit irréaliste :

J'feel comme si, comment j'dirais ça, j'suis un waste, j'suis un waste d'être icitte cause j'fais rien avec ma vie right. Toute c'que j'veux faire c'est dormir pis faire des drogues c'est d'la waste, c'est pas une vie. (PC19)

Facteurs positifs particuliers au groupe expérimental. Pour ce qui est du groupe expérimental, le fait d'avoir choisi son logement dans un quartier qui lui convient permet de développer des sentiments d'appartenance et de responsabilité de son environnement.

Concernant les services, la centralisation, la diversification et la régularité, des services permettent un meilleur équilibre. En effet, l'on remarque l'atteinte de certains objectifs dont le fait de cesser de consommer, de retourner à l'école ou de faire un budget, par exemple :

To hold some sort of schedule, organization. I'm not organized whatsoever I had a problem though where I used, I used to cut myself right.⁶ (P3)

On remarque également que leur vision du futur est beaucoup plus réaliste et qu'elle se situe dans des perspectives à court terme et à long terme.

DISCUSSION

Les résultats sont cohérents avec la littérature en ce qu'ils mettent en évidence une relation forte entre les conditions de logement et l'offre de services. Un troisième pivot se dessine, également en cohérence avec la littérature, soit la toxicomanie. Nous allons donc élaborer plus en détail de quelle façon nos résultats correspondent ou non aux résultats déjà connus par rapport à ces trois aspects de la problématique et aussi quels aspects mériteraient d'être davantage documentés.

On connaît bien, depuis Maslow, le rôle prépondérant du logement dans la chaîne des besoins humains. Le projet At Home / Chez Soi s'inscrit tout à fait dans cette logique, mettant davantage l'accent sur des principes de droits humains fondamentaux que des principes biomédicaux (Watson *et al.*, 2013). Ceci nous amène à concevoir le logement comme élément central au sein d'une dynamique de réappropriation chez les personnes vivant avec un problème de santé mentale (Tsemberis *et al.*, 2004). Le principe de choisir son quartier et son logement amène un sentiment de responsabilité par rapport à son environnement qui, à son tour, favorise une dynamique motivationnelle tendant vers une quête d'autonomie, laquelle se concrétise par exemple chez certains participants par la capacité de renouer avec leurs enfants. Cette dynamique, que l'on retrouve sur l'ensemble des sites de la recherche Chez Soi (Macnaughton *et al.*, 2012), expliquerait d'ailleurs la capacité accrue des participants à concevoir leur avenir en termes réalistes (Polvere *et al.*, 2013).

L'étude nous amène aussi à considérer le logement comme point de référence important pour le processus d'intervention et d'organisation des services auprès des participants. C'est en effet par le biais de l'accès au logement que les services peuvent être organisés de façon plus systématique dans le sens d'un accompagnement vers l'autonomie de la personne, notamment dans la capacité à tenir un budget et à prendre des décisions, telles que choisir de participer à tel ou tel service (Watson *et al.*, 2013). Quoi qu'il en soit, réunir et maintenir une équipe capable d'agir en cohérence avec ces principes ne va pas de soi et suppose non seulement un cadre de valeurs clairement défini dès le départ mais aussi un processus de formation continue sous forme d'apprentissage interéquipes (Nelson *et al.*, 2014). Un point crucial relativement à la compétence de l'équipe d'intervention et à sa capacité de codéveloppement est la diversité de ses membres. Or, si les participants ont reconnu la disponibilité et la qualité des services ainsi que l'importance de leur régularité, le fait de devoir faire affaire avec plusieurs intervenants et intervenantes en rotation conduit inévitablement certains participants à l'impression de tourner en rond, devant répéter encore et encore leur histoire, laquelle est en grande partie très pénible à raconter.

Nous nous sommes posé la question à savoir pourquoi dans ce cas les services ne sont jamais nommés ou identifiés directement en tant que facteurs de changement. Lorsque nous observons nos données, l'indication que nous avons est que, pour les participants, le logement fait partie d'un tout incluant le service de visite une fois par semaine. Lorsqu'ils mentionnent ce qui les aide à garder le logement, la gestion de la médication, la gestion du budget ou la gestion de la consommation, les participants font continuellement référence aux services de l'équipe de suivi intensif.

Un dernier point relatif aux services, le psychiatre, demeure un peu en exergue. C'est un service qui n'appartient pas à la sphère des services communautaires et en même temps un qui est déterminant pour le diagnostic et la médication, deux éléments lourds de conséquences dans la vie des participants, surtout si on prend en compte le phénomène d'automédication et de toxicomanie qui en résulte (De Munck, 2003;

Ehrenberg et Lovell, 2001). Si les participants du groupe de comparaison conservent une vision ambiguë de la psychiatrie, voyant généralement un « bon » psychiatre comme une réelle « chance », les participants du groupe expérimental ne font plus cette distinction, le psychiatre étant assimilé à l'ensemble des services (Nelson *et al.*, 2014).

On remarque aussi chez les participants un net changement de rapport à la consommation. Les participants du groupe de comparaison se maintiennent dans une logique de dépendance par rapport aux services et à la consommation. Plusieurs sont aussi aux prises avec une logique de portes tournantes entre la consommation de drogues et la prostitution. Ceux du groupe expérimental voient aussi leur logique d'autonomisation se transférer au niveau d'une gestion de leur consommation, ce qui donne généralement de meilleurs résultats à moyen et long termes (Nelson *et al.*, 2014; Polvere *et al.*, 2013; Watson *et al.*, 2013). Cette constatation relative à la consommation ainsi que la précédente concernant la vision du service de psychiatrie ne permettent pas de voir un changement significatif mesurable en lien avec la diminution des symptômes psychiatriques (O'Connell *et al.*, 2008; Tsemberis *et al.*, 2004), mais plutôt un changement dans le rapport à ces symptômes se traduisant par une perspective plus autoconsciente et une meilleure gestion qui en découle.

Limites de l'étude

Le principe des deux entretiens séparés de 18 mois a permis de comparer l'expérience des participants et leur évolution, mais pas de repérer des parcours qui pourraient mieux nous informer sur les différentes étapes qui peuvent subvenir dans un tel cheminement, ni les durées de chacune. Aussi, nous ne pouvons présumer de la permanence des acquis observés chez les participants, ni comment ceux-ci pourront réagir si le soutien du projet était retiré. Enfin, nous n'avons pas tenu compte lors de l'analyse de l'identité francophone minoritaire de certains participants, ni des implications pour ceux-ci de vivre dans une communauté majoritairement anglophone en termes de services et de facteurs de fragilisation. Finalement, notre échantillon ne permet pas de présumer que les résultats soient généralisables à l'ensemble des 200 participants de l'étude quantitative.

CONCLUSION

Le volet qualitatif de la recherche réalisée sur le site de Moncton démontre non seulement la présence mais aussi les rouages de deux engrenages interdépendants au sein d'un même système. D'un côté, offrir un logement à une personne vivant avec la maladie mentale sans soutien, c'est comme monter sur un cheval sans selle. Les chances de chute sont considérables en admettant que l'on puisse même y monter. L'étude du groupe de comparaison révèle clairement cet aspect par l'incapacité des participants ayant reçu un logement dans le cadre du programme NB Housing de développer des capacités de gestion de leur maladie mentale. De l'autre côté, offrir les services sans logement, c'est comme avoir une selle sans cheval. Le support offert aux personnes permet un certain soutien en termes de nourriture et de logement temporaire mais ne leur permet pas vraiment d'avancer vers un mieux-être. Ici encore, l'étude du groupe de comparaison nous l'a démontré par les journées typiques de participants dont le mouvement se déroule au mieux selon un mécanisme de portes tournantes en circuit fermé et, au pire, selon un processus de dégradation des conditions de vie.

Ce que la recherche nous a démontré, c'est que lorsqu'il y a à la fois les services et le logement, ces deux engrenages du même système créent une synergie facilitant le changement chez la personne vivant

avec la maladie mentale. Nous avons pu remarquer une meilleure gestion de la médication, une meilleure gestion de la consommation et une meilleure gestion budgétaire. Les perspectives d'avenir sont beaucoup plus encourageantes lorsque l'on regarde les données du groupe expérimental. La régularité des services, la diversité des services et la centralisation des services sont des facteurs déterminants qui ont su influencer positivement le changement chez les participants.

NOTES

1. Vous ne savez pas combien de personnes déménagent et vont et viennent. Chaque fois que je passe il y a un autre camion de déménagement. Tout le monde bavarde au sujet de qui fait quoi.
2. Ma journée typique serait effectivement [. . .] aller jusqu'au centre-ville, aller à la soupe populaire, parler avec [Jerry] et [. . .] c'est ça ma journée typique.
3. Il dit qu'il veut pouvoir compter sur lui-même plutôt que sur les autres. Il veut devenir autosuffisant.
4. Non mes amis ont changé. Certain de ceux-là tel que tu le sais ne sont pas des utilisateurs de drogue du tout, tu sais.
5. J'ai même un ordre de la cour de voir un professionnel de la santé mental et non. Je suis sur la liste d'attente.
6. Pour avoir une sorte d'horaire, d'organisation. Je ne suis pas organisé du tout, j'avais un problème, où j'avais l'habitude, j'avais l'habitude de me couper, compris.

RÉFÉRENCES

- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Nathan.
- Cheng, A., Lin, H., Kaspro, W. et Rosenheck, R. A. (2007). Impact of supported housing on clinical outcomes: Analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 83–88. doi : 10.1001/jama.290.18.2428.
- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A. et Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 137–144. Consulté à <http://search.proquest.com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/222797849?accountid=14701>
- De Munck, J. (2003, octobre). Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé ? *La Revue nouvelle*, 27–41. Consulté à http://www.revuenouvelle.be/IMG/pdf/027-041_dossier_De_Munck.pdf
- Dickey, B., Gonzalez, O., Latimer, E., Powers, K. Schutt R. et Goldfinger, S., (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>
- Ehrenberg, A. et Lovell A. M. (2001). *La Maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, France : Odile Jacob.
- Goering, P. N., Farkas, M., Wasylenko, D. A., Lancée, W. J. et Ballantyne, R. (1988). Improved functioning for case management clients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(1), 4–17. doi : 10.1037/h0099547
- 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
- Henwood, B. F., Hsu, H., Dent, D., Winetrobe, H., Carranza, A. et Wenzel, S. (2013). Transitioning from homelessness: A “fresh-start” event. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(1), 47–57. doi : 10.52437/jsswr.2013.4
- Henwood, B. F., Stanhope, V. et Padgett, D. K. (2011). The role of housing: A comparison of front-line provider views in Housing First and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 77–85. doi : 10.1007/s10488-010-0303-2
- Hurlburt, M. S., Hough, R. L. et Wood, P. A. (1996). Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatric Services*, 47(7), 731–736. Consulté à <http://ps.psychiatryonline.org.proxy.bib.uottawa.ca/article.aspx?articleID=79439>
- Kirkpatrick, H. et Byrne, C. (2009). A narrative inquiry: Moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 68–75. doi : 10.1111/j.1365-2850.2008.01331.x

- Macnaughton, E. L., Goering, P. N. et Nelson, G. B. (2012). Exploring the value of mixed methods within the At Home / Chez Soi Housing First project: A strategy to evaluate the implementation of a complex population health intervention for people with mental illness who have been homeless. *Canadian Journal of Public Health*, 103(7), 57–62. Consulté à <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2962/2639>
- Macnaughton, E. L., Nelson, G. B., Caplan, R., Macleod, T., Townley, G., Piat, M. [. . .] Goering, P. N. (2013). *Evaluation of the Mental Health Commission of Canada's At Home / Chez Soi project: Cross-site report on consumer narratives at baseline and 18-month follow-up*. Ottawa, ON : Mental Health Commission of Canada, National Qualitative Research Team for the At Home / Chez Soi Project.
- Marx, A. J., Test, M. A. et Stein, L. I. (1973). Extrohospital management of severe mental illness: Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29(4), 505–511. doi : 10.1001/archpsyc.1973.04200040051009
- 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>
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37, 123–146. Consulté à http://wmich.edu/hhs/newsletters_journals/jssw_institutional/institutional_subscribers/37.4.Nelson.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
- O'Connell, M. J., Kaspro, W. et Rosenheck, R. A. (2008). Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans. *Psychiatric Services*, 59(3), 268–275. doi : 10.1176/appi.ps.59.3.268
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925–1936. doi : 10.1016/j.socscimed.2007.02.011
- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F. et Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing Housing First with treatment first programs. *Community Mental Health Journal*, 47(2), 227–232. doi : 10.1007/s10597-009-9283-7.
- 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
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G. et Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59(9):1011–1017. doi : 10.1176/appi.ps.59.9.1011
- Polvere, L., Macnaughton, E. et Piat, M. (2013). Participant perspectives on Housing First and recovery: Early findings from the At Home / Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110–112. doi : 10.1037/h0094979.
- Prévost, N. et Nolin, D. (2011). *Rapport sur les récits de vie de base*. Moncton, NB : Projet At Home / Chez Soi. Consulté à [http://www.umoncton.ca/crde/files/crde/wf/wf/pdf/Rural et Moncton Rapport final sur le recit de vie de base - copie.pdf](http://www.umoncton.ca/crde/files/crde/wf/wf/pdf/Rural%20et%20Moncton%20Rapport%20final%20sur%20le%20recit%20de%20vie%20de%20base%20-%20copie.pdf)
- Rosenheck, R., Kaspro, 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.
- Statistique Canada. (2011). *Profil du recensement*. Consulté à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- 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
- Tanzman, B. (1993). Researching the preferences for housing and supports: An overview of consumer preference surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 40–50. Consulté à <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=76778>

- Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27, 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
- Watson, D. P., Wagner, D. E. et Rivers, M. (2013). Understanding the critical ingredients for facilitating consumer change in Housing First programming: A case study approach. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(2), 169–179. doi : 10.1007/s11414-012-9312-0