

Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote

Follow-up of Post-Transitional Housing for Homeless Women: Needs, Implementation and Outcomes of a Pilot Study

Morgane Gabet, Guy Grenier, Daniela Perrottet and Marie-Josée Fleury

Mosaïque

Volume 45, Number 1, Spring 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1070242ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1070242ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gabet, M., Grenier, G., Perrottet, D. & Fleury, M.-J. (2020). Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote. *Santé mentale au Québec*, 45 (1), 79–103. <https://doi.org/10.7202/1070242ar>

Article abstract

Objectives Consolidation of supported housing policies is a primary source of solutions aimed at addressing the problem of homelessness. Transitional housing (TH) offers a sequential housing trajectory from emergency shelters, to TH, to permanent housing with or without supports. Post-TH follow-up may improve residential stability and community integration. Yet little information is available on successful conditions and effectiveness related to post-TH follow-up for improving residential stability and community integration among homeless people, and especially homeless women. This pilot case study aimed to identify the needs of women who were previous TH residents before acquiring permanent housing with supports, the implementation process for post-TH follow-up activities and intensity of services offered and conditions for success of the follow-up, as well as the outcomes of post-TH follow-up in meeting the needs of these homeless women.

Methods Two non-profit organizations for housing reintegration in the Montreal area were selected for study. Mixed methods based on a case study approach were used, triangulating the data collected from homeless women, case managers, and housing managers. Two interviews were conducted at 6-month intervals with homeless women (n=10), whose needs and outcomes related to post-TH follow-up were identified through a questionnaire with open and closed questions. To document implementation of the post-TH follow-up, case managers (n=2) recorded information on follow-up activities and intensity of services offered for the 6-month period using contact sheets. Factors facilitating and hindering post-TH follow-up were also identified in a group interview with case managers (n=2) and resource managers (n=4).

Results Users identified health maintenance, support for daily activities and improved socialization as their primary needs. Most women were satisfied with activities offered and the frequency of follow-up, ease of access to case managers, and the overall capacity of follow-up to meet their needs. The intensity of follow-up, user/case manager therapeutic alliance, and user motivation to recover were identified as facilitating factors that influenced effectiveness of post-TH follow-up. Factors that hindered effectiveness included: the limited duration of TH before post-TH follow-up particularly among users with major trauma; refractory behavior; reluctance to take medications and consumption of psychoactive substances; problems in accessing health services, particularly specialized mental health services; and for case managers: time constraints, logistical difficulties related to follow-up, and lack of affordable permanent housing adequate to user needs. After six months, 80% of users remained in their housing and no changes were identified in community integration.

Conclusion Post-TH follow-up seems particularly adapted to promote residential stability among chronically homeless women with mental health or dependence issues, as the essential first step toward community integration. The study underlined the importance of offering multiple service modalities adapted to user needs and post-TH follow-up geared toward recovery. Better funding of post-TH follow-up, tighter collaboration with other public services, case manager training, and increase in affordable and adequate permanent housing would promote more effective deployment of post-TH follow-up.

Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote

Morgane Gabet^a

Guy Grenier^b

Daniela Perrottet^c

Marie-Josée Fleury^d

RÉSUMÉ Objectifs Les dispositifs de soutien en logement sont parmi les solutions soutenues pour contrer l'itinérance. Le logement transitoire (LT) offre une trajectoire séquentielle d'accès à la stabilité résidentielle : des refuges au LT, au logement permanent avec ou sans soutien. Le suivi post-LT permettrait d'améliorer la stabilité résidentielle et l'intégration communautaire. Néanmoins, peu d'informations sont disponibles sur les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à améliorer la stabilité résidentielle et l'intégration communautaire des personnes itinérantes, en particulier les femmes. Cette étude de cas pilote visait à identifier les besoins de femmes recevant du suivi post-LT, l'implantation des activités de suivi et ses conditions de succès, ainsi que son impact en réponse aux besoins exprimés.

Méthode Deux organismes à but non lucratif ont été sélectionnés à Montréal. Une étude de cas à partir de méthodes mixtes a permis de trianguler les données

-
- a. M. Sc., Ph. D. (c), Assistante de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - b. Ph. D., Associé de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - c. M. Sc., Coordonnatrice de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - d. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.

provenant de femmes en situation d'itinérance, de leurs intervenantes et des gestionnaires de ressources de suivi post-LT. Deux entretiens ont été menés à un intervalle de 6 mois avec ces femmes ($n = 10$). Les besoins et l'impact du suivi post-LT ont été mesurés grâce à un questionnaire (questions ouvertes et fermées). Pour documenter l'implantation du suivi, des informations ont été colligées auprès des intervenantes ($n = 2$) sur les activités et l'intensité des services offerts à l'aide de fiches de contact. Des facteurs facilitant et entravant le suivi post-LT ont également été identifiés lors d'une entrevue de groupe avec les intervenantes ($n = 2$) et les gestionnaires ($n = 4$).

Résultats Les usagères ont identifié des besoins liés à la santé, aux activités quotidiennes et à l'intégration sociale. La plupart des femmes étaient satisfaites des activités et de la fréquence du suivi, de la facilité d'accès des intervenantes et de la capacité du suivi à répondre à leurs besoins. L'intensité du suivi, l'alliance thérapeutique usagère/intervenante et la motivation des usagères ont été identifiées comme des facteurs facilitants. Les facteurs entravants comprenaient: la durée limitée de l'insertion préalable en LT, particulièrement chez les usagères ayant subi un traumatisme majeur; les comportements réfractaires; la réticence à prendre des médicaments et la dépendance à des substances psychoactives; les problèmes d'accès aux services, dont les services de santé mentale spécialisés; et pour les intervenantes, les contraintes de temps, les difficultés logistiques, et le manque de logements permanents abordables adéquats. Après six mois, 80% des usagères avaient conservé le même logement, et leur intégration communautaire n'avait pas changé.

Conclusion Le suivi post-LT semble adapté pour promouvoir la stabilité résidentielle chez les femmes en situation d'itinérance chronique et ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, première étape essentielle vers l'intégration communautaire. L'étude a souligné l'importance d'offrir des modalités de services adaptés aux besoins des usagères. Un meilleur financement du suivi post-LT, une collaboration plus étroite avec d'autres services publics, une formation accrue des intervenantes et une augmentation du nombre de logements permanents abordables et adéquats favoriseraient un déploiement plus efficace du suivi post-LT.

MOTS CLÉS logement transitoire, suivi, itinérance, femmes, besoins, intégration communautaire, stabilité résidentielle

Follow-up of Post-Transitional Housing for Homeless Women: Needs, Implementation and Outcomes of a Pilot Study

ABSTRACT Objectives Consolidation of supported housing policies is a primary source of solutions aimed at addressing the problem of homelessness. Transitional housing (TH) offers a sequential housing trajectory from emergency shelters, to TH, to permanent housing with or without supports. Post-TH follow-up may improve residential stability and community integration. Yet little information is available on successful conditions and effectiveness related to post-TH follow-up for

improving residential stability and community integration among homeless people, and especially homeless women. This pilot case study aimed to identify the needs of women who were previous TH residents before acquiring permanent housing with supports, the implementation process for post-TH follow-up activities and intensity of services offered and conditions for success of the follow-up, as well as the outcomes of post-TH follow-up in meeting the needs of these homeless women.

Methods Two non-profit organizations for housing reintegration in the Montreal area were selected for study. Mixed methods based on a case study approach were used, triangulating the data collected from homeless women, case managers, and housing managers. Two interviews were conducted at 6-month intervals with homeless women (n=10), whose needs and outcomes related to post-TH follow-up were identified through a questionnaire with open and closed questions. To document implementation of the post-TH follow-up, case managers (n=2) recorded information on follow-up activities and intensity of services offered for the 6-month period using contact sheets. Factors facilitating and hindering post-TH follow-up were also identified in a group interview with case managers (n=2) and resource managers (n=4).

Results Users identified health maintenance, support for daily activities and improved socialization as their primary needs. Most women were satisfied with activities offered and the frequency of follow-up, ease of access to case managers, and the overall capacity of follow-up to meet their needs. The intensity of follow-up, user/case manager therapeutic alliance, and user motivation to recover were identified as facilitating factors that influenced effectiveness of post-TH follow-up. Factors that hindered effectiveness included: the limited duration of TH before post-TH follow-up particularly among users with major trauma; refractory behavior; reluctance to take medications and consumption of psychoactive substances; problems in accessing health services, particularly specialized mental health services; and for case managers: time constraints, logistical difficulties related to follow-up, and lack of affordable permanent housing adequate to user needs. After six months, 80% of users remained in their housing and no changes were identified in community integration.

Conclusion Post-TH follow-up seems particularly adapted to promote residential stability among chronically homeless women with mental health or dependence issues, as the essential first step toward community integration. The study underlined the importance of offering multiple service modalities adapted to user needs and post-TH follow-up geared toward recovery. Better funding of post-TH follow-up, tighter collaboration with other public services, case manager training, and increase in affordable and adequate permanent housing would promote more effective deployment of post-TH follow-up.

KEYWORDS transitional housing, follow-up, homelessness, women, needs, community integration, residential stability

Introduction

L'augmentation de l'itinérance ainsi que la morbidité et la mortalité élevées des personnes en situation d'itinérance en font un problème social majeur (Hulchanski, Campsie, Chau, Hwang et Paradis, 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2014). Ces personnes rapportent souvent des troubles mentaux (TM), des maladies physiques et des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS). Malgré l'importance de leurs besoins, les services qui leur sont offerts sont souvent perçus comme inaccessibles (Jaworsky et coll., 2016; Russolillo, Moniruzzaman, Parpouchi, Currie et Somers, 2016; Skosireva et coll., 2014). Au Québec, l'itinérance se concentre surtout à Montréal, où se situe la majorité des refuges (MSSS, 2014). En 2018, 3 149 personnes en situation d'itinérance ont été dénombrées à Montréal minimalement pour une nuit (Latimer et Bordeleau, 2019). Les femmes représentent une part croissante des personnes en situation d'itinérance, estimée de 23 % à 45 % selon les études (Conseil du statut de la femme, 2012; Green et coll., 2012; Yaouancq et coll., 2013).

Pour contrer l'itinérance, les politiques publiques ont priorisé l'insertion en logement, accompagnée ou non d'autres services essentiels (MSSS, 2014). La stabilité résidentielle des personnes itinérantes placées en logement représente néanmoins un défi (Fitzpatrick-Lewis et coll., 2011). À cette fin, les programmes de logements transitoires (LT) ont été conçus en Amérique du Nord dans les années 1980-1990 (Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano et Schumacher, 2009; Société canadienne d'hypothèques et de logement [SCHL], 2004). Le LT soutient un cheminement séquentiel: du refuge à un LT, puis à un logement permanent avec ou sans soutien. Il vise le développement de compétences et aptitudes nécessaires à l'obtention et au maintien d'un logement permanent (SCHL, 2004). Selon une enquête canadienne menée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, la proportion d'individus ayant trouvé un logement permanent après un passage en LT serait de 66 % à 90 % (SCHL, 2004). Le LT tend cependant à être supplanté progressivement par le logement permanent avec soutien sans LT préalable, dont le logement d'abord (*Housing first*) représente l'un des programmes principaux (Goering et coll., 2014; Henwood, Derejko, Couture et Padgett, 2015; Kertesz et coll., 2009; SCHL, 2004).

Globalement, peu de connaissances sont disponibles sur les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à maintenir la stabilité

résidentielle des personnes en situation d'itinérance et spécifiquement celle des femmes, ainsi qu'à améliorer leur intégration dans la communauté (Sabatelli Iaquinta, 2016). L'itinérance chez les femmes se distingue de celle des hommes, notamment par le besoin d'une plus grande sécurité dans le logement souvent lié à de la violence vécue à l'enfance et à l'âge adulte, des responsabilités familiales qui peuvent entraîner plus de méfiance dans les relations sociales, et par une prévalence habituellement plus élevée des TM (et moindre de TUS) que chez les hommes (La rue des femmes, 2010). Quelques études qualitatives ayant analysé l'impact du LT sur la stabilité résidentielle subséquente des femmes en situation d'itinérance ont identifié divers facteurs contribuant à son succès : présence d'un environnement sécuritaire, durée de séjour, qualité de l'alliance thérapeutique développée avec les intervenants, présence dans le LT d'une communauté de femmes ayant vécu des expériences similaires et d'un service de soutien continu (Fotheringham, Walsh et Burrowes, 2013; Melbin, Sullivan et Cain, 2003). L'existence de logements permanents abordables et de services de soutien post-LT paraissait également essentielle (Henwood et coll., 2015). Les études s'étant intéressées à l'impact du soutien en logement permanent, surtout reliées au programme logement d'abord, concluent à l'efficacité de ce suivi à maintenir les personnes en logement comparé aux interventions usuelles (Greissler, 2014; Patterson, Rezanoff, Currie et Somers, 2013).

Afin d'assurer une continuité de soutien auprès de leurs anciens usagers en LT qui ont été insérés en logement permanent, plusieurs ressources au Québec, notamment dédiées aux femmes, ont instauré un suivi post-LT (Greissler, 2014). Ce suivi peut prendre différentes formes afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes, dont les femmes (p. ex. accompagnement psychosocial et soutien informationnel) (Greissler, 2014). Cette étude vise à cerner les besoins des usagères préalablement hébergées en LT, puis insérées dans un logement permanent comprenant un suivi post-LT, l'implantation du suivi post-LT incluant les activités offertes, l'intensité du suivi et les facteurs facilitant ou entravant son fonctionnement. Enfin, l'impact du suivi post-LT est étudié, mesuré par la satisfaction à rencontrer les besoins des usagères, le maintien de leur stabilité résidentielle et l'amélioration de leur intégration communautaire.

Méthodologie

Contexte de l'étude

Une étude de cas a été effectuée dans le cadre d'un projet pilote qui a soutenu une recherche actuellement en cours, financée par le Conseil de recherche en sciences humaines (Fleury, Dorvil, Bertrand, Clément, L'Espérance et Brochu, 2018). Elle a impliqué deux ressources communautaires de Montréal offrant du LT et du suivi post-LT. Dans ces ressources, le LT comprenait des appartements ou des chambres privées et des salles communautaires où les usagères pouvaient résider pour une période maximale : 1 à 3 ans. Il intégrait des services diversifiés reliés à l'intégration communautaire, incluant des activités hebdomadaires individuelles et de groupe. Quant au suivi post-LT offert aux usagères à leur sortie du LT, il était d'une durée indéterminée, dispensant des activités variées (soutien aux activités quotidiennes, à la socialisation, etc.) et intégrant des approches diversifiées (p. ex. réduction des méfaits, axées sur les forces) adaptées aux besoins des usagères. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Douglas Institut universitaire en santé mentale, et tous les participants ont signé un formulaire de consentement à la recherche.

Collecte de données

Le recrutement des participants à l'étude s'est effectué de janvier à août 2018. Il a impliqué des femmes en situation d'itinérance, résidant dans l'une des deux ressources offrant du LT et bénéficiant d'un suivi post-LT, ainsi que leur intervenante ($n = 2$) et les gestionnaires des ressources ($n = 4$). Les usagères devaient avoir plus de 18 ans, parler français ou anglais, consentir à effectuer 2 entretiens dans un intervalle de 6 mois, et à ce que leur intervenante transmette des fiches de contact remplies après chaque suivi post-LT pour des fins de recherche. Les usagères avaient été sollicitées par les intervenantes du suivi post-LT sur une base volontaire. S'agissant d'une étude pilote et en raison de la nouveauté du programme de suivi post-LT dans les ressources, seulement 10 femmes ont été recrutées, pour un taux de réponse de 83 %.

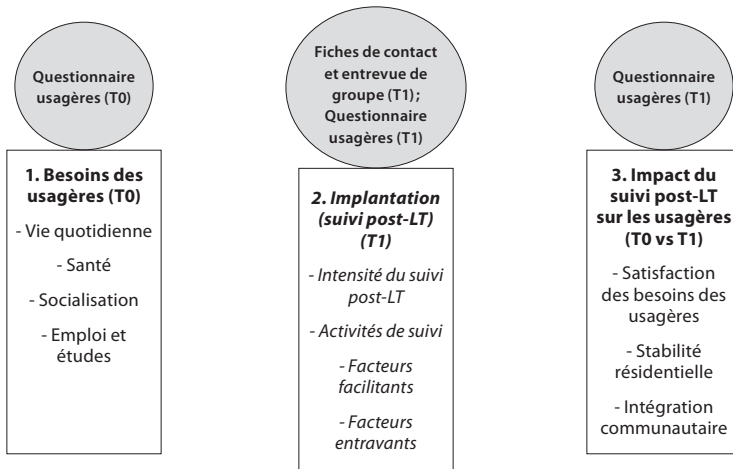
Dimensions à l'étude

Un cadre conceptuel adapté de Love (2004) (Figure 1) a été élaboré, comprenant l'évaluation : a) des besoins des usagères reliés à leur suivi post-LT ; b) de l'implantation du suivi post-LT incluant les activités de suivi réalisées, l'intensité du suivi et les facteurs facilitant et entravant

son déploiement; et c) de l'impact du suivi post-LT relié à la satisfaction de la rencontre des besoins des usagères, le maintien de leur stabilité résidentielle et l'amélioration de leur intégration communautaire. Une stratégie de triangulation des données a aussi été retenue (données qualitatives, quantitatives et d'usagères, leur intervenante et gestionnaire) (Denzin, 1989).

FIGURE 1

Cadre conceptuel adapté de Love (2004)



Les besoins des usagères quant au suivi post-LT ont été mesurés par un questionnaire (1 h) comportant des questions fermées et ouvertes, dont la passation a été assistée par une agente de recherche clinique. Ils ont été identifiés au temps 0 (T0), et tenaient compte des domaines reliés à la gestion: des activités de la vie quotidienne (p. ex. ménage, course, effectuer les repas), de la santé incluant les émotions, de la socialisation, et de l'insertion au travail ou aux études. Ce questionnaire a aussi collecté de l'information sociodémographique (p. ex. âge, parcours résidentiel) et clinique (p. ex. TM, TUS) sur les usagères, mesurée par des instruments standardisés (Tableau 1).

Pour cerner l'implantation du suivi post-LT, des fiches de contact (questions fermées; 10 minutes) ont été remplies par les intervenantes des usagères ($n = 2$) après chaque suivi, ainsi qu'une entrevue de groupe réalisée avec les intervenantes et les gestionnaires (équipe de direction), effectuée au T1 (durée = 90 minutes, $n = 6$). Les fiches de contact comprenaient des données factuelles telles que la date, la durée et le lieu

TABLEAU 1
Instruments de mesure

Catégorie	Nom	Description
Besoins en santé		
Troubles mentaux <i>Troubles mentaux courants (Dépression majeure, Syndrome de stress posttraumatique, Trouble d'anxiété généralisée) Troubles mentaux graves (Trouble bipolaire, Trouble psychotique)</i>	MINI International Neuropsychiatric Interview 6.0. (MINI)* (Sheehan et coll., 1998)	120 questions ; oui/non ; Kappa de Cohen ; 0,50-0,84 (Sheehan et coll., 1998)
Trouble de la personnalité	Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS)* (Moran et coll., 2003)	8 item ; échelle de Likert à 2 points (Moran et coll., 2003) ; alpha de Cronbach : 0,68
Trouble lié à l'alcool	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Bohn, Babor, Kranzler, 1995)	10 items ; questions à choix multiples ; alpha de Cronbach : 0,88 (Bohn, Babor, Kranzler, 1995)
Trouble lié à l'utilisation de drogues	Drug Abuse Screening Test (DAST)* (Skinner, 1982)	20 items ; oui/non ; alpha de Cronbach : 0,74 (Skinner, 1982)
Détresse psychologique	K-10 Psychological distress scale (K-10 PDS)* (Kessler et coll., 2003) Échelles faites maison	10 items ; échelle de Likert à 5 points ; alpha de Cronbach : 0,93 (Kessler et coll., 2003) 3 items ; échelle de Likert à 3 ou 4 points
Satisfaction globale		
Satisfaction du suivi	Échelle faite maison	3 items ; Échelle de Likert à 5 points
Niveau de satisfaction de l'aide reçue	Échelle faite maison	6 items ; Échelle de Likert à 5 points
Stabilité résidentielle		
Déménagement	Échelle faite maison : Avoir déménagé ou l'intention de déménager (oui/non) et si oui, pourquoi	
Intégration communautaire		
Intégration psychologique	Sense of Community Scale* (Segal et Avrioram, 1978)	4 items ; échelle de Likert ; valeurs possibles de 4 à 20
Intégration professionnelle	Échelle faite maison : Avoir un	emploi (oui/non)
Intégration physique	External Integration Scale (Perkins et coll., 1990)	7 items ; échelle de Likert ; valeurs possibles de 0 à 7
Réseau social	Échelle faite maison : Nombre d'amis sur qui on peut compter	

Qualité de vie	Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)* (Baker, Intaglia, 1982)	20 items; Échelle de Likert à 7 points; alpha de Cronbach: 0,92 (Caron, Mercier, Tempier, 1997)
Niveau d'incapacité	WHO Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0)* (Von Korff et coll., 2005)	11 items; échelle de Likert à 5 points (Von Korff et coll., 2005)
Utilisation des services	Service use Questionnaire: adapted from the Canadian community health survey- mental health and well-being-cycle 1.2. (2002)	Nombre de professionnels et de services utilisés; Fréquence d'utilisation Satisfaction; échelle de Likert de 0 à 5 points

*Les échelles standardisées ont été validées pour une population francophone.

du suivi post-LT, les types d'approches retenus (p. ex. systémique, axée sur les forces) lors du suivi et les types d'activités réalisées. L'entrevue de groupe a généré de l'information sur le contexte de déploiement, le fonctionnement et les facteurs facilitant et entravant le suivi post-LT.

L'impact du suivi post-LT a été mesuré à partir du questionnaire adressé aux usagères au T1. La satisfaction a été mesurée par une échelle de Likert, considérant la durée et la fréquence du suivi, la facilité à contacter les intervenantes et leurs approches d'intervention, et la rencontre des besoins des usagères (activités de la vie quotidienne, santé, socialisation, travail ou études). La stabilité résidentielle a été mesurée par le fait d'avoir déménagé ou non pendant les 6 mois de suivi post-LT, incluant des questions ouvertes sur les raisons d'un tel déménagement si la situation s'était présentée. L'intégration communautaire des usagères a inclus plusieurs échelles standardisées, identifiées dans le Tableau 1, s'intéressant à l'inclusion à leur environnement ou à des réseaux sociaux, leur qualité de vie, leur niveau d'incapacité et leur utilisation des services sociaux et de santé.

Analyse des données

Une méthode d'analyse mixte a été retenue. Étant donné la taille restreinte de l'échantillon ($n = 10$ usagères), seules des analyses quantitatives descriptives et de comparaison (T0 vs T1) ont été réalisées. Les analyses descriptives sur des variables catégorielles ont été produites à l'aide de la distribution de fréquence; celles sur des variables continues à l'aide de pourcentages et de la valeur moyenne. Les analyses de comparaison ont été effectuées sur quelques variables clés catégorielles à

l'aide du Chi-carré ou du test de Fisher (lors de valeurs inférieures à 5) ou continues à l'aide de l'ANOVA.

La collecte des données qualitatives et l'analyse mixte ont suivi 5 étapes (Titscher, Wodak, Meyer et Vetter, 2000) : 1) enregistrement des entrevues et transcription des verbatim; 2) lectures préliminaires et construction d'unités de signification balisées par le cadre conceptuel de l'étude (Figure 1); 3) codage; 4) triangulation des données quantitatives et qualitatives, où ces dernières données ont servi à contextualiser les données quantitatives; et 5) triangulation des informations reliées aux usagères (questionnaire), aux intervenantes (fiches de contact) ainsi qu'aux intervenantes et gestionnaires (entrevue de groupe).

Résultats

Description de l'échantillon

La moyenne d'âge des usagères au T1 était de 48 ans (Tableau 2). La plupart des usagères avaient arrêté leur scolarité avant le niveau collégial. Toutes, à l'exception d'une, étaient célibataires, divorcées, ou veuves. Moins de la moitié d'entre elles avaient des enfants, mais aucun n'était mineur ou à charge. Neuf d'entre elles avaient été en itinérance chronique, c'est-à-dire avaient été dans la rue avant leur insertion en LT plus de 12 mois, ou au moins 3 fois dans les 4 dernières années (Byrne et Culhane, 2015). Elles recevaient du suivi post-LT depuis 25 mois en moyenne. Toutes sauf une avaient au moins une maladie physique chronique comme le diabète. Toutes avaient un trouble de la personnalité, et 2 un TUS ou un TM-TUS concomitant. La moitié d'entre elles souffrait de dépression, et 3 de troubles anxieux. Quant aux professionnels rencontrés ($n = 6$), ils avaient en moyenne 6,8 années de pratique auprès de la clientèle en situation d'itinérance ou des femmes en difficulté. Ils avaient travaillé dans la ressource depuis 3,6 années en moyenne, et avaient en moyenne 50 ans.

Besoins des usagères

Le questionnaire adressé aux usagères (T0) a permis de constater que, concernant les activités de la vie quotidienne, une majorité (70 %) désirait un soutien d'accompagnement pouvant se traduire par des conseils et de l'encouragement, notamment pour effectuer leurs achats, leur ménage ou gérer leur budget. Quant à leur santé, les usagères ont exprimé en majorité (70 %) des besoins liés au contrôle de leurs

TABLEAU 2

Description de l'échantillon pour les femmes suivies en logement permanent

(n = 10, au temps 1 de l'étude)

		Min	Max	n/Moyenne	%/ÉT	
Caractéristiques socio-démographiques	Âge	25	64	47,60	12,937	
	Éducation	Niveau primaire		2	20,0	
		Niveau secondaire		5	50,0	
		Niveau collégial ou plus		3	30,0	
	Statut marital	Célibataire/séparée/divorcée/veuve		9	90,0	
		En couple/conjoint de fait/mariée		1	10,0	
	Ont des enfants				4	40,0
Itinérance chronique ¹				9	90,0	
Troubles mentaux (TM)	Détresse psychologique ²		15,00	51,00	35,10	11,42
	Troubles mentaux (TM)	Total TM		10		
		Total TMC		5	50,0	
	Troubles mentaux courants (TMC)	Dépression majeure		5	50	
		Syndrome de stress posttraumatique		1	10	
		Trouble d'anxiété généralisée		3	30	
	Troubles mentaux graves (TMG)	Total TMG		3	30,0	
		Trouble bipolaire		1	10	
		Trouble psychotique		2	20	
	Troubles de la personnalité				10	100
	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUS)	Total TUS		2	20,00	
		Alcool		2	20,00	
		Drogues		1	10,00	
		Problème d'alcool et de drogues à la fois		1	10,00	
Nombre de TM sans TUS		1,00	3,00	1,90	0,99	
Nombre de TM comprenant TUS		1,00	4,00	2,20	1,23	
TM-TUS concomitants				2	20	
Maladies physiques chroniques				9	90	

¹ Itinérance chronique: avoir passé 12 mois consécutifs dans la rue ou 4 périodes sur 3 ans.

² Détresse psychologique: trois échelles différentes; 63 = score maximal de détresse psychologique. Plus le score est élevé, plus la détresse psychologique est élevée.

émotions (p. ex. se confier, être écoutée, etc.). Une minorité d'usagères (30 %) a aussi signalé le besoin d'obtenir des informations concernant l'obtention de traitement ou cesser l'usage de substances psychoactives. Concernant les besoins de socialisation, 50 % des usagères ont mentionné désirer recevoir du soutien informationnel sur les activités ou ressources disponibles leur permettant de rencontrer d'autres personnes, et ainsi briser leur isolement. Enfin, 40 % des usagères ont exprimé des besoins quant aux possibilités d'insertion au travail ou aux études.

Implantation du suivi post-LT

Documentés à partir des fiches de contact (T1), 10 suivis post-LT par usagères ont été en moyenne comptabilisés, représentant globalement 103 interventions dispensées sur les 6 mois par leur intervenante (Tableau 3). Le suivi post-LT était en moyenne de 64 minutes. Il s'est effectué le plus souvent au bureau de la ressource (32 %) ou par téléphone (35 %), sinon chez les usagères (17 %) ou dans des lieux publics (p. ex. café, parc) (17 %). Le suivi post-LT s'est basé en majorité (80 %) sur des approches biopsychosociales ou systémiques, ou axées sur les forces. Les interventions effectuées lors du suivi post-LT ont intégré en majorité à chaque suivi des interventions reliées au maintien de la santé (dans 99 % des suivis post-LT), au soutien aux activités de la vie quotidienne (dans 78 %), et à l'amélioration de la socialisation (dans 63 %). Un peu moins d'un suivi post-LT sur 3 (30 %) incluait des activités visant l'insertion au travail ou aux études. Plus particulièrement reliées au maintien de la santé, les interventions ont impliqué la gestion : du stress, de la détresse ou des TM (dans 37 % des suivis) ; des problèmes de santé physique (24 %) ; de consommation de substances psychoactives (21 %) ; de violence ou en lien avec la justice (17 %).

Basés sur l'entrevue de groupe (T1), les facteurs facilitant le suivi post-LT principalement identifiés étaient surtout reliés : a) à l'insertion préalable en LT, rapportée avoir consolidé l'autonomie des usagères particulièrement pour les activités de soutien à la vie quotidienne ; b) à l'intensité du suivi post-LT ; c) à l'alliance thérapeutique développée entre les usagères et leurs intervenantes provenant, entre autres, d'une attitude flexible et attentionnée des intervenantes ; et d) à la motivation des usagères à se rétablir (le score moyen relevé par leur intervenante étant de 4,5 sur 5). D'après les intervenantes, cette motivation élevée s'expliquait majoritairement par la maturité des usagères, leur permettant d'accorder plus de crédit aux actions de réinsertion. Une certaine

TABLEAU 3

Implantation du suivi post-LT

(T1) (n = 10 sujets; 103 épisodes de suivi)

		Min	Max	n/Moyenne	%/SDD	
Durée antérieure du séjour en logement transitoire (LT) dans la ressource (en mois)		10,80	72,07	25,41	18,77	
Type de logement où la clientèle est hébergée	Logement permanent privé avec subvention			2	20,0	
	Logement permanent privé sans subvention			2	20,0	
	Logement permanent de type HLM			2	20,0	
	Logement permanent de type coopérative			2	20,0	
	Logement permanent autres OSBL			1	10,0	
	Chez ses parents ou autres proches			1	10,0	
	Nombre de rencontres planifiées dans le cadre du suivi post-LT				64	62,1
Nombre d'appels téléphoniques non planifiés avec l'usagère				32	31,1	
Nombre de rencontres non planifiées avec la clientèle, lors d'un événement organisé par la ressource				7	6,8	
Nombre de suivis par usagère	Échantillon total	4	16	10,30	4,78	
	Face à face	1	15	7,30	4,64	
	Par téléphone	0	9	3,00	3,02	
Durée du suivi (en minutes)	Échantillon total	1	360	64,48	67,33	
	Face à face	5	360	83,29	71,75	
	Par téléphone	1	40	18,70	10,26	
Lieux de rencontre	Au bureau de la ressource			33	32,0	
	Chez la cliente			17	16,5	
	Dans un lieu public (p. ex. café, parc)			17	16,5	
	Suivi téléphonique			36	35,0	
Interventions effectuées lors du suivi post-LT	Interventions reliées au maintien de la santé	Gestion du stress, de la détresse ou des troubles mentaux			38	36,9
		Gestion des problèmes de santé physique			25	24,3
		Gestion de la consommation de substances psychoactives			22	21,4
		Gestion de la violence (physique, verbale, etc.; soi/ou autrui) ou des problèmes avec la justice ou juridiques			17	16,5
		Total:			102	99,0
		Soutien aux activités de la vie quotidienne			80	77,7
		Soutien à l'amélioration de la socialisation			65	63,1
		Insertion au travail ou aux études			31	30,1

	Biopsychosociale ou systémique	77	84,6	
	Axée sur les forces	78	85,7	
Approches d'intervention	Centrée sur la résolution de problèmes	55	60,4	
	Modification du comportement	54	59,3	
	Réduction des méfaits — substances	26	28,6	
Niveau de motivation de la clientèle lors du suivi post-LT (échelle de 0 à 5)	0	5	4,45	0,78
Niveau d'amélioration de la situation de la clientèle après chaque suivi (échelle de 0 à 5)	0	5	3,41	1,30

HLM: Habitations à loyer modique.

OSBL: Organisme sans but lucratif.

expérience de vie était ainsi nécessaire pour que le LT et le suivi post-LT aient des effets bénéfiques sur elles. Les facteurs défavorisant le plus le fonctionnement du suivi post-LT se rapportaient: a) à la durée limitée de l'insertion en LT spécifiquement pour les usagères ayant vécu des traumatismes importants; b) aux comportements réfractaires de certaines usagères lors des suivis, peu disposées à prendre leurs médicaments ou consommant des substances psychoactives; c) au manque de temps des intervenantes et les difficultés reliées à la logistique des suivis; d) aux problèmes d'accès aux services de santé, et spécifiquement aux services spécialisés de santé mentale; et e) au manque de logements permanents abordables répondant adéquatement aux besoins des usagères.

Impact du suivi post-LT

Basée sur le questionnaire adressé aux usagères (résultats au T1 comparés au T0), la majorité a été rapportée être « plutôt à complètement » satisfaite du suivi post-LT quant à la plupart des aspects mesurés: durée et fréquence du suivi; facilité à contacter leurs intervenantes; rencontre de leurs besoins reliés aux activités de la vie quotidienne, au maintien de leur santé, et à l'insertion au travail ou aux études (Tableau 4). Elles ont particulièrement rapporté que le suivi post-LT facilitait l'adaptation de leur rythme de vie, leur permettant d'être plus fonctionnelles au quotidien. Les usagères se considéraient aussi majoritairement « plutôt à complètement » satisfaites concernant la contribution du suivi à l'amélioration de leur socialisation. Au T1, 8 usagères avaient conservé le même logement, démontrant un niveau élevé de stabilité résidentielle. Par ailleurs, les 2 usagères ayant déménagé évaluaient ce changement

comme étant positif, leur ayant permis d'améliorer leurs conditions résidentielles.

Quant à leur intégration communautaire comparée sur plusieurs indicateurs (p. ex. réseau social, avoir ou non un travail, qualité de vie, utilisation des services), elle n'a pas évolué d'une façon significative dans la période de 6 mois à l'étude (Tableau 5).

TABLEAU 4

Impact de l'intervention (T1): Niveau de satisfaction (n = 10)

			n	%
Durée du suivi	Niveau de satisfaction ¹	Plutôt satisfaite	1	10,0
		Très satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Fréquence du suivi	Niveau de satisfaction	Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Très insatisfaite	3	30,0
		Complètement satisfaite	6	60,0
Facilité de contacter votre intervenant lorsque vous en avez besoin	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Soutien à la vie quotidienne (logement/habilité)	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	1	10,0
		Plutôt insatisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Soutien informationnel	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	6	60,0
Maintien de la santé (gestion du stress, des émotions ou de la santé mentale)	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	3	30,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	5	50,0
Maintien de la santé (gestion de la consommation de substances psychoactives)	Niveau de satisfaction	Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	1	10,0
		Complètement satisfaite	8	80,0
Amélioration de la socialisation	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	4	40,0
Insertion en emploi ou aux études	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	6	60,0

¹ Le niveau de satisfaction est mesuré sur une échelle de Likert à 5 niveaux.

TABLEAU 5

Intégration communautaire (T0 vs T1)

(n = 10, à 6 mois)

		T0	T1	Différences (T1-T0)	p
		Moyenne	Moyenne		
Nombre d'amis sur qui on peut compter ¹		2	3	1,00	0,18***
Intégration physique ²		3,20	3,60	0,40	0,612***
Intégration psychologique ³		13,70	13,90	0,20	0,920***
Avoir un emploi		2,00	2,00	0,00	1,000**
Qualité de vie		69,60	62,50	-7,10	0,314***
Avoir un médecin de famille		9,00	9,00	0,00	1,000**
Nombre de services utilisés	Services publics ou communautaires	2,00	4,00	2,00	0,864***
	Services communautaires	0,80	0,80	0,00	1,000***
	Services publics	1,00	4,00	3,00	0,830***
Fréquence des visites	Services publics ou communautaires	19,40	8,20	-11,20	0,156***
	Services communautaires	9,70	5,00	-4,70	0,405***
	Services publics	9,70	3,20	-6,50	0,154***
Nombre d'usagères ayant visité les services	Services publics ou communautaires	10,00	10,00	0,00	1,000
	Services communautaires visités	6,00	5,00	-1,00	0,653*
	Services publics visités	10,00	10,00	0,00	1,000
Niveau d'incapacité ⁴		25,00	21,40	-3,60	0,143***

* Chi-carré de Pearson: permet de comparer deux variables catégorielles.

** Test exact de Fisher: remplace le test de Pearson lorsqu'au moins une des variables catégorielles a des valeurs inférieures à 5.

***ANOVA t test: permet de comparer deux variables continues ou une variable continue et une variable catégorielle.

¹ Amis sur qui on peut compter: personnes logées, qui n'ont pas de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et qui n'ont jamais été sans domicile fixe² Intégration physique: échelle de 0 à 7 = score maximal d'intégration physique. Plus le score est élevé, plus l'intégration physique est réussie.³ Intégration psychologique: échelle de 1 à 20 = score maximal d'intégration psychologique. Plus le score est élevé, plus l'intégration psychologique est réussie.⁴ Niveau d'incapacité: échelle de 0 à 55 = score maximal d'incapacité. Plus le score est élevé, plus l'incapacité est importante.**Discussion**

Cette étude pilote visait à mieux cerner les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à favoriser la rencontre des besoins des usagères précédemment en situation d'itinérance, le maintien de leur stabilité résidentielle et leur intégration dans la communauté. Les usagères de l'étude avaient un profil similaire aux femmes en situation

d'itinérance ou recevant du LT décrites dans la littérature : en situation d'itinérance chronique, assez âgées (près de 50 ans), ayant pour la plupart des TM et des maladies physiques chroniques et un faible réseau social (Fotheringham et coll., 2013 ; Patterson et coll., 2013).

Les usagères de l'étude ont signalé avoir de nombreux besoins de base et de santé. Se nourrir, gérer un budget ou maintenir un logement sont identifiés dans la littérature comme les premières étapes essentielles à l'intégration communautaire (Sabatelli Iaquina, 2016 ; Henwood, Hsu, Dent, Winetrobe, Carranza et Wenzel, 2013). Une fois ces besoins de base satisfaits, des améliorations peuvent se manifester quant à la qualité de vie en général et l'état de santé (Drury, 2018 ; Kessler et coll., 2003). Parmi les besoins de santé, le soutien émotionnel a été rapporté prioritaire chez les usagères de l'étude, s'expliquant par l'historique d'abus physique, sexuel ou psychologique, dont la prévalence est souvent soulignée comme élevée dans la littérature chez les femmes en situation d'itinérance (Von Korff et coll., 2005). Vivre dans la rue est aussi rapporté dans les études comme plus dangereux pour les femmes que pour les hommes (Hatton, 2008). L'amélioration de sa santé et de sa sécurité intégrant l'acquisition d'information permettant de s'intégrer dans la communauté a ainsi été identifiée comme besoin essentiel des usagères de cette étude pour résoudre leur problème. Les besoins de santé reliés au traitement de substances psychoactives sont apparus toutefois moins prioritaires pour ces usagères que les besoins de soutien émotionnel ou encore les besoins de base, ce qui est conforme aux résultats d'études antérieures (Brown et Steinman, 2013 ; Stein, Andersen et Gelberg, 2007). Par ailleurs, ces dernières ont aussi témoigné avoir généralement un faible réseau social, lequel est reconnu comme facteur de protection (Goering et coll., 2011). Dans la littérature, cette situation résulte souvent d'une faible estime personnelle et d'importants problèmes émotionnels (Von Sydow, Beher, Schweitzer et Retzlaff, 2010). Les ressources offrant du logement spécifiquement pour les femmes en situation d'itinérance doivent ainsi tenir compte de leurs besoins particuliers, lesquels incluent plusieurs attributs affectifs comme l'intimité, le confort, la sécurité et le bien-être personnel (Davis et Kutter, 1998). Quant aux besoins moindres des usagères de cette étude concernant leur insertion en emploi ou aux études, ils pourraient s'expliquer par le fait qu'en raison de leur âge et de leurs conditions de santé, la plupart ont renoncé à la possibilité de réintégrer le marché du travail ou les études. Il est admis dans la littérature que l'état de santé des personnes itinérantes ayant 50 ans, ce qui correspond à près de la moyenne de notre échantillon, se compare à

celui des personnes ayant 15 à 20 ans de plus dans la population générale (Brown et Steinman, 2013).

L'intensité du suivi post-LT dispensée aux usagères durant la période étudiée est inférieure à celle d'une visite par semaine préconisée dans les programmes du type logement d'abord pour les personnes nécessitant un suivi d'intensité variable (Goering et coll., 2011). De plus, la proportion de rencontres au domicile des usagères est assez limitée malgré l'intérêt qu'offrent ces visites pour connaître le milieu de vie des personnes. Cette situation peut s'expliquer par les défis logistiques rencontrés par les intervenantes du suivi post-LT de l'étude, dont de trop fréquents déplacements pourraient réduire le temps de suivi dédié directement aux usagères. Dans l'étude, le suivi post-LT a surtout été rapporté influencé par les approches biopsychosociales, systémiques ou axées sur les forces, ce qui concorde avec les approches recommandées dans le suivi de clientèles avec de nombreux TM en vue d'une intégration communautaire (Rapp et Gosha, 2004; Von Sydow et coll., 2010). Une proportion plus importante de suivi post-LT a été aussi effectuée en lien avec les besoins de santé, s'expliquant par l'importance des TM et des problèmes chroniques de santé physique des usagères à l'étude. Le suivi post-LT a également été surtout en lien avec le développement d'habiletés nécessaires pour les activités de la vie quotidienne. Ces dernières sont repérées dans la littérature comme une condition essentielle pour vivre en logement permanent de manière autonome (Davis et Kutter, 1998; Gutman et coll., 2018). Le suivi post-LT a aussi focalisé sur l'amélioration du réseau social des usagères qui dans la littérature est considérée contribuer à réduire les effets du stress et des émotions négatives, permettant d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'itinérance (Gabrielian, Young, Greenberg et Bromley, 2018). Dans les études précédentes, l'acquisition d'habiletés sociales a particulièrement été reliée à l'évitement de conflits avec les propriétaires de logements, ce qui diminuait les risques d'éviction (Gabrielian et coll., 2019).

Concernant les facteurs identifiés dans cette étude comme facilitant le plus le suivi post-LT, l'insertion réussie en LT est ressortie comme l'un des éléments clés préalables à la réussite de ce suivi en logement permanent. Ce constat souligne l'importance du déploiement d'un continuum de solutions résidentielles pour vaincre et prévenir l'itinérance (Gaetz et Dej, 2017). Selon Fotheringham et coll. (2013), le LT doit cependant être de durée suffisante pour permettre aux usagères de se rétablir, en fonction de leurs besoins diversifiés et importants. Le

suivi post-LT contribue alors à maintenir et à renforcer les acquis développés en LT (Gaetz et DeJ, 2017). Plusieurs études ont également démontré que l'alliance créée entre usagers et intervenants, notamment grâce au LT, est positivement associée au rétablissement des premiers (Moran et coll., 2017). Un plan d'intervention, un suivi adapté aux besoins de l'utilisateur en termes de fréquence et de durée, la réceptivité et la flexibilité de l'intervenant, ainsi que la motivation de l'utilisateur sont d'autres conditions de succès jugées essentielles dans la littérature et renforçant cette alliance (Melbin et coll., 2003).

À l'inverse, dans cette étude, plusieurs facteurs ont été rapportés comme faisant obstacle à l'efficacité du suivi post-LT, dont la durée limitée de l'hébergement en LT repérée importante pour la consolidation préalable des habiletés des usagères avant leur insertion en logement permanent. Dans cette étude, les usagères identifiées plus asociales, ayant des TUS non traités ou des troubles de personnalité ont aussi représenté un défi, car rapportées comme plus réfractaires à collaborer avec les intervenantes et à maintenir leur suivi. Dans la littérature, un TUS non traité est souvent reconnu comme étant un facteur d'instabilité résidentielle (Aubry, Duhoux, Klodawsky, Ecker et Hay, 2016). Les personnes ayant un trouble de personnalité sont aussi généralement rapportées insatisfaites des services de santé, bien qu'elles les utilisent fréquemment (Cailhol et coll., 2017 ; Moukaddam, Flores, Matorin, Hayden et Tucci, 2017). Les autres facteurs entravant mentionnés dans l'étude dont les problèmes d'accès aux services ambulatoires de santé et services sociaux et aux soins spécialisés, la stigmatisation élevée envers les usagères entravant leur suivi, et le sous-financement du secteur de l'itinérance sont aussi reconnus dans la littérature (Lewis, Andersen et Gelberg, 2003). La lutte contre l'itinérance devrait ainsi reposer sur une action concertée d'une pluralité d'organisations (municipalités, travail, éducation, santé, etc.).

Quant à l'impact du suivi post-LT, le degré de satisfaction généralement élevé des usagères dans la plupart des aspects mesurés (activités et fréquence du suivi, facilité de rejoindre leurs intervenantes, rencontre de leurs besoins sociaux et de santé) laisse sous-entendre que le suivi post-LT a été bénéfique pour ces femmes ayant un profil d'itinérance chronique. L'adéquation entre leurs besoins et le suivi post-LT effectué semble être un autre motif de satisfaction pour les usagères. Selon une étude américaine, le suivi de l'intervenant améliore les conditions des personnes itinérantes par ses aspects pratiques et interpersonnels (Tamavo et Fernandez, 2012). La présente étude n'a

néanmoins pas permis d'observer des changements significatifs quant à l'intégration communautaire des usagères après 6 mois de suivi post-LT, ce qui pourrait s'expliquer par la période trop brève d'observation. Douze (Patterson et coll., 2013) ou 18 mois (Gilmer et coll., 2014; McHugo et coll., 2004) après un placement en logement permanent avec soutien sont généralement requis pour que des changements positifs se manifestent.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites importantes à mentionner. La taille restreinte de l'échantillon ne permet pas la généralisation des résultats de l'étude. Elle a aussi empêché de discerner l'influence des types de logements sur les résultats associés au suivi post-LT (p. ex. logement privé ou communautaire). La clientèle étudiée étant exclusivement féminine, les résultats de l'étude ne peuvent s'appliquer à la population générale en situation d'itinérance. Finalement, le délai restreint de 6 mois du suivi post-LT n'a pas permis de noter de changements significatifs quant à l'intégration communautaire des usagères.

Conclusion

D'après nos connaissances, cette étude pilote est la première au Québec à avoir étudié la capacité du suivi post-LT à maintenir la stabilité résidentielle de femmes. Dans l'étude, le suivi post-LT est évalué accompagner favorablement les usagères préalablement en situation d'itinérance chronique et rapportant de nombreux TM ou TUS vers la stabilité résidentielle, premier pas essentiel à l'intégration communautaire. Cette étude a souligné l'importance d'une offre diversifiée du suivi post-LT adaptée aux besoins des usagères. Afin de consolider le suivi post-LT, un meilleur financement de ces programmes pourrait être favorisé pour accroître le soutien à cette population. Des liens de collaboration plus étroits pourraient aussi être créés entre les ressources offrant du LT et les services publics, afin de permettre un accès optimal aux professionnels pour la clientèle présentant des problèmes de santé complexes. Également, de la formation pourrait être davantage dispensée aux intervenants des ressources offrant du suivi post-LT pour qu'ils soient plus aptes à suivre cette population connaissant de multiples problématiques. Finalement, lutter contre l'itinérance nécessite la présence de logements permanents abordables et en nombre suffisant.

Remerciements

Ce projet pilote de recherche s'est réalisé grâce au soutien financier du programme Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) — volet Solutions d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), obtenu par Le Logis Rose-Virginie. L'équipe de recherche désire remercier les directrices et intervenantes de cet organisme ainsi que de la deuxième ressource ayant participé à l'étude pour leur confiance, disponibilité et investissement. Nous aimerions aussi remercier les 10 usagères ayant bénéficié du suivi post-LT et ayant participé à notre étude. Enfin, nous remercions Jean-Marie Bamvita, Ph. D., assistant de recherche et Armelle Imboua, M. Sc., coordonnatrice de recherche, pour leur soutien.

RÉFÉRENCES

- Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J. et Hay, E. (2016). A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *American Journal of Community Psychology, 58*(1-2), 123-135.
- Baker, F. et Intaglia, J. (1985). Quality of life in the evaluation of Community support systems. *Evaluation and Program Planning, 5*, 69-79.
- Bohn, M.J., Babor, T.F. et Kranzler, H.R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol, 56*(4), 423-432.
- Brown, R.T., Steinman, M.A. (2013). *Characteristics of Emergency Department Visits by Older Versus Younger Homeless Adults in the United States. American Journal of Public Health, 103*, 1046-1051.
- Byrne, T. et Culhane, D. P. (2015). Testing Alternative Definitions of Chronic Homelessness. *Psychiatric Services, 66*(9), 996-999.
- Cailhol, L., Pelletier, E., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, E. ... Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*, 336-342.
- Caron, J., Mercier, C. et Tempier, R. (1997). Validation of Satisfaction with Life Domains Scale in Quebec. *Santé Mentale au Québec, 22*, 195-217.
- Conseil du Statut de la Femme. (2012). *Réflexion sur l'itinérance des femmes en difficulté: un aperçu de la situation*. Québec.
- Davis, J. et Kutter, C.J. (1998). Independent living skills and posttraumatic disorder in women who are homeless: implications for future practice. *American Journal of Occupational Therapy, 52*(1), 39-44.
- Denzin, N. K. (1989). *The Research Act*. Third Edition. New York, NY: McGraw-Hill.
- Drury, L. J. (2008). From homeless to housed: Caring for people in transition. *Journal of Community Health Nursing, 25*(2), 91-105.

- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganan, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdijan, F. et Hwang, S. W. (2011). Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 11, 638.
- Fleury, M. J., Dorvil, H. E., Bertrand, K., Clément, M., L'Espérance, N. et Brochu, S. (2018). *Qualité de vie et intégration sociale des personnes en situation d'itinérance logées dans différents modèles de logements permanents avec soutien*. Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, 2018-2020.
- Fotheringham, S., Walsh, CA. et Burrowes, A. (2013). A place to rest: the role of transitional housing in ending homelessness for women in Calgary, Canada. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*.
- Gabrielian, S., Young, A.S., Greenberg, J.M. et Bromley, E. (2018). Social support and housing transitions among homeless adults with serious mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 208-215.
- Gabrielian, S., Hamilton, A. B., Gelberg, L., Koosis, E. R., Johnson, A. et Young, A. S. (2019). Identifying social skills that support housing attainment and retention among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 70(5), 374-380.
- Gaetz, S. et Dej, E. (2017). *A New Direction: A Framework for Homelessness Prevention*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Katz, M. L., Sklar, M., Tsemberis, S. et Palinkas, L. A. (2014). Fidelity to the housing first model and effectiveness of permanent supported housing programs in California. *Psychiatric Services*, 65(11), 1311-1317.
- Goering, P., Velthuisen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., ... Aubry, T. (2014). *Rapport final du projet chez soi. Projet pancanadien. Calgary (Alberta)*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., ... Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic multi-site, randomised trial of a housing first intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1(2), e000323.
- Green Jr., H. D., Tuckera, J. S., Wenzela, S. L., Golinelli, D., Kennedy, D. P. et Ryana, G. W. (2012). Association of childhood abuse with homeless women's social networks. *Child abuse & neglect*, 36, 21-31.
- Greissler E. (2014). *Le post-hébergement dans les Auberges du cœur: un prolongement ces pratiques d'affiliation, Rapport de recherche: Regroupement des Auberges du Cœur*. Recherche financée par la Société d'habitation du Québec.
- Gutman, S. A., Raphael-Greenfield, E. I., Berg, J., Agnese, A., Gross, S., Ashmi S., ... Weiss, D. (2018). Feasibility and Satisfaction of an Apartment Living Program for Homeless Adults With Mental Illness and Substance Use Disorder. *Psychiatry*, 81(3), 228-239.

- Hatton, D. (2008). Homeless Women's Access to Health Services: A Study of Social Networks and Managed Care in the US. *Women & Health*, 33(3-4), 167-181.
- 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.
- Henwood, B. F., Derejko, K. S., Couture, J. et Padgett, D. K. (2015). Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(2), 220-228.
- Hulchanski, J. D., Campsie, P., Chau, S. B. Y., Hwang, S. W. et Paradis, E. (2009). *Homelessness: What's in a word?* Toronto, Canada: University of Toronto.
- Jaworsky, D., Gadermann, A., Duhoux, A., Naismith, T. E., Norena, M., To, M. J., ... Palepu, A. (2016). Residential Stability Reduces Unmet Health Care Needs and Emergency Department Utilization among a Cohort of Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *Journal of Urban Health*, 93(4), 666-681.
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E. et Schumacher J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- La rue des femmes de Montréal. (2010). *Différenciation entre l'état d'itinérance au féminin et l'état d'itinérance au masculin*. Québec.
- Latimer, E., Bordeleau F. (2019). *Je compte Mtl 2018. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 avril 2018*. Montréal, Canada: Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal.
- Lewis, J. H., Andersen, R. M. et Gelberg, L. (2003). Health care for homeless women. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 921-928.
- Love, A. (2004). *Implementation evaluation*. Dans Wholey, JS., Hatry, HP. et Newcomer, KE. (Eds.) *Handbook of practical program evaluation*, John Wiley & Sons, San Francisco, CA.
- 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.
- Melbin, A., Sullivan, C. M. et Cain, D. (2003). Transitional supportive housing programs: Battered women's perspectives and recommendations. *Affilia*, 18, 1-16.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *L'itinérance au Québec. Premier portrait*. Québec.
- Moran, G. S., Westman, K., Weissberg, E. et Melamed S. (2017). Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Research*, 249, 94-101.

- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G. et Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality—Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 228-232.
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N. et Tucci, V. T. (2017). Difficult Patients in the Emergency Department: Personality Disorders and Beyond. *Psychiatric Clinics of North America*, 40, 379-395.
- MSSS. (2014). *Politique nationale de lutte à l'itinérance — Ensemble pour éviter la rue et s'en sortir*. Québec.
- Patterson, M., Rezanoff, S., Currie, L. et Somers, J. M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomised controlled trial of Housing First: a longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3(9), e003442.
- Perkins, D. D., Florin, P., Rich, R., Wandesman, A. et Chavis, D. M. (1990). Participation in the social and physical environment of residential blocks: Crime and community context. *American Journal of Community Psychology*, 18, 83-115.
- Rapp, C. A. et Gosha R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., Parpouchi, M., Currie, L. B. et Somers, J. M. (2016). A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada. *BMC Health Services Research*, 16, 60.
- Sabatelli Iaquinta, M. (2016). A Systematic Review of the Transition from Homelessness to Finding a Home. *Journal of Community Health Nursing*, 33(1), 20-41.
- Segal, S. P. et Avrioram, U. (1978). *The Mentally Ill in community-based care: A study of community care and social integration*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., (...), Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33; quiz 4-57.
- Skinner, H.A. (1982). *The drug abuse-screening test*. Addictive behaviors, 7(4), 363-371.
- Skosireva, A., O'Campo, P., Zerger, S., Chambers, C., Gapka, S. et Stergiopoulos, V. (2014). Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Services research*, 14, 376.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2004). *Logements de transition: objectifs, indicateurs de succès et résultats*. Série socio-économique 04-017.

- Stein, J., Andersen, R. et Gelberg, L. (2007). Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for vulnerable Populations to Health Services Utilization in Homeless Women. *Journal of Health Psychology*, 25, 5, 791-804.
- Tamavo, A. et Fernandez, A. (2012). "Because somebody cared about me. That's how it changed things": homeless, chronically ill patients' perspectives on case management. *Plos One*, 7(9), e45980.
- Titscher, S., Wodak, R., Meyer, M. et Vetter, E. (2000). *Methods of text and discourse analysis*. London, Royaume-Uni: Sage.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K. et Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States; Results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 50(2), 133-149.
- Von Sydow, K., Behr, S., Schweitzer, J. et Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systematic therapy with adult patients: A meta-content analysis for 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485.
- Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., Legleye, S. et Quaglia, M. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. INSEE (1455).