

Rapport de recherche. Efficacité du soutien post-logement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance. Étude exploratoire.

Auteurs

Marie-Josée Fleury, Ph.D., Chercheuse principale, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill

Guy Grenier, Ph.D., Associé de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Daniela Perrottet, M. Sc., Coordonnatrice de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Jean-Marie Bamvita, Ph. D., assistant de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Armelle Imboua, M. Sc., Coordonnatrice de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Morgane Gabet, M. Sc., Assistante de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Remerciements

Ce projet 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 désirerait remercier les directrices et intervenantes des deux ressources, soient Mesdames France Guillemette, Zuleyma Lopez et Diane Maisonneuve, respectivement directrice, intervenant du suivi post-LT et bénévole du Logis Rose Virginie, ainsi que Mesdames Marcèle Lamarche, Dragana Pavlovic et Isabelle Blanchette, respectivement directrice générale, directrice de l'hébergement et intervenante du suivi post-LT du Chaînon pour leur disponibilité et investissement tout le long de ce projet. Nous aimerions aussi remercier les 10 usagères ayant bénéficié d'un suivi post-LT du Logis Rose Virginie et du Chaînon pour leur participation à cette étude exploratoire.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	2
2. Méthode.....	3
2.1. Présentation des ressources	3
2.2. Échantillon et procédure de collecte des données	4
2.3. Description des instruments de mesure	4
2.4. Analyse des données.....	5
3. Résultats	6
3.1. Profil des usagères au T1.....	6
3.2. Les attentes des usagères quant au suivi post-LT	7
3.3. Description des interventions lors des suivis post-LT.....	7
3.4. Impacts des interventions lors du suivi post-LT sur les usagères.....	8
3.5. Rôle du LT dans le rétablissement des usagères	9
3.6. Défis et difficultés reliés au LT et au suivi post-LT	9
3.7. Améliorations à apporter	10
4. Discussion et recommandations	11
5. Limites	14
6. Conclusion.....	14
7. Tableaux.....	16
8. Références	24

Résumé

L'accès à un logement décent et abordable est essentiel à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'itinérance. Conçus pour cette fin, les programmes de logements transitoires (LT) ont pour objectif de développer les compétences et aptitudes nécessaires pour obtenir et conserver subséquemment un logement permanent. Afin d'assurer une continuité de soutien auprès de leurs anciens résidents, plusieurs ressources ont instauré un service de suivi post-LT. Cette recherche exploratoire a pour objectif d'étudier l'efficacité du suivi post-LT auprès de 10 femmes précédemment hébergées dans deux ressources de Montréal: Logis Rose Virginie et le Chaînon. Une stratégie de triangulation de la collecte de données a été retenue, intégrant: a) les usagères (n=10) rencontrées lors des deux entrevues ayant lieu à six mois d'intervalle (T0, T1) et ayant répondu à un questionnaire; b) les intervenantes des usagères effectuant le suivi post-LT (n=2), ayant complété des fiches de contact (questions fermées) lors de chaque suivi; c) et l'équipe de direction (n=4), rencontrée en entrevue de groupe intégrant les deux intervenantes (6 personnes au total). Lors de l'étude, la majorité des usagères (80%) avaient conservé le même logement (stabilité résidentielle). Les usagères étaient majoritairement satisfaites ou très satisfaites de l'aide reçue dans le cadre de leur suivi post-LT. Les usagères accordaient énormément d'importance au soutien émotionnel offert par les intervenantes dans leur processus de rétablissement, celui-ci étant tout aussi important à leurs yeux que le soutien d'accompagnement. Aucune différence significative n'a été observée entre le T0 et le T1 concernant les facteurs de besoin, prédisposant ou facilitant la réinsertion sociale/professionnelle et la stabilité résidentielle, signe que les usagères ont conservé les habilités qu'elles avaient acquises lors de leur passage en LT, entre autres grâce au suivi post-LT. Cette étude exploratoire montrent que le LT accompagné d'un service de soutien (suivi post-LT) peut aider des femmes particulièrement en situation d'itinérance chronique et ayant de nombreux troubles mentaux ou d'utilisation de substance à accéder à un logement permanent. Une série de recommandations sont présentées afin d'améliorer l'efficacité du LT et du suivi post-LT, ainsi que l'organisation des services pour les femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être.

1. Introduction

En raison de la morbidité et de la mortalité élevées associées et de son augmentation, l'itinérance est devenue un problème social majeur.^{1,2} L'itinérance est souvent associée à des troubles mentaux (TM), à la dépendance et à des problèmes de santé physique (ex.: VIH/Sida, maladies du foie, de la peau) résultant de mauvaises conditions de vie et d'hygiène. Aux États-Unis, l'espérance de vie des personnes en situation d'itinérance est estimée à ± 30 ans inférieure à celle de la population générale.³ Cependant, malgré l'importance de leurs problèmes, les personnes en situation d'itinérance ont de la difficulté à accéder aux services sociosanitaires, en raison de la stigmatisation,⁴ de problèmes de transport⁵ et de la fragmentation des services.⁶ Aux États-Unis et en Europe, la prévalence à vie de l'itinérance est évaluée de 5.6% à 13.9%.⁷ Au Québec, l'itinérance se concentre à Montréal, où se retrouvent la majorité des refuges, ces derniers hébergeant plus de 1 300 personnes mensuellement.⁸ Le dénombrement du 24 mars 2015 a établi à 3 016 le nombre de personnes en situation d'itinérance à Montréal, excluant l'itinérance cachée (ex.: hébergées dans un hôtel/motel, chez des amis).⁹ Parmi les personnes en situation d'itinérance, les femmes ont connu la plus grande croissance. Elles représenteraient de 23% à 45% des personnes en situation d'itinérance dans plusieurs juridictions dont le Québec.¹⁰⁻¹²

Pour contrer l'itinérance, les politiques publiques ont priorisé l'insertion de cette clientèle en logement, y intégrant ou non une gamme d'autres services essentiels.⁷ L'accès à un logement décent et abordable est l'élément central et déclencheur de la réinsertion sociale/et professionnelle. La stabilité résidentielle des personnes insérées en logement représente néanmoins un défi de taille.¹³ Dans le contexte actuel de compression des dépenses publiques, il est essentiel d'identifier les solutions les plus adéquates pour loger et soutenir avec succès la réinsertion sociale du plus grand nombre de personnes. A cette fin, les programmes de logements transitoires ont été conçus et consolidés aux États-Unis et au Canada dans les années 1980-1990.^{14,15} Le logement transitoire (LT) soutient le cheminement séquentiel des personnes en situation d'itinérance: du refuge à un LT, puis à un logement permanent avec ou sans soutien. Le LT a pour objectif de développer les compétences et aptitudes nécessaires pour obtenir et conserver subséquemment un logement permanent;¹⁵ les habitudes de vie et problématiques sociosanitaires des personnes en situation d'itinérance devant être améliorées avant l'accès à un logement permanent selon cette approche.¹⁶ Selon des études, la proportion d'individus ayant trouvé un logement permanent après avoir passé en LT serait de 66% à 90%.¹⁵ L'efficacité du LT a cependant peu été étudiée globalement, et le LT tend à être supplanté progressivement par le placement permanent avec soutien sans passage préalable au LT.^{14, 17} Une étude qualitative américaine portant sur l'impact des LT sur la stabilité résidentielle des femmes victimes de violence¹⁸ a cependant permis d'identifier certains facteurs contribuant à leur efficacité, tels que l'existence de mesures visant à renforcer le sentiment de sécurité chez les résidentes, la présence d'un personnel respectueux et flexible, la durée du séjour, l'existence d'espace personnel pour respecter la vie privée, le soutien émotionnel ainsi que l'accessibilité et la qualité du logement. Une autre étude qualitative auprès de neuf femmes en Alberta¹⁹ a pour sa part souligné que l'efficacité du LT pour mettre fin à l'itinérance reposait sur quatre facteurs inter-reliés: 1) un environnement sécuritaire et 2) offrant un service de soutien continu; 3) la présence d'une communauté de femmes ayant vécu des expériences

similaires et 4) une durée de séjour permettant aux usagères de se rétablir émotionnellement. L'existence de logements permanents abordables et la possibilité d'offrir à la personne qui vient de trouver un logement permanent des services de soutien dans la communauté sont d'autres conditions de succès du LT identifiés dans la littérature.¹⁵

Afin d'assurer une continuité du soutien auprès de leurs anciens résidents maintenant en logement permanent, plusieurs ressources offrant du LT ont instauré un service de suivi post-logement transitoire (post-LT).²⁰ Le suivi offert peut prendre différentes formes: écoute, accompagnement, information, etc.²⁰ Tout en favorisant le développement de l'autonomie et la réinsertion sociale et en vue de maintenir la stabilité résidentielle, le suivi post-LT permet de maintenir des liens entre les anciens résidents et la ressource de LT où ils ont précédemment résidé.

Cette recherche exploratoire vise à répondre à quatre questions de recherche: 1) Quelle est l'efficacité du LT suivi d'une insertion en logement permanent, accompagnée de services de soutien pour favoriser la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle? 2) Quels sont les profils de la clientèle les plus avantagés par la formule: LT-logement permanent-suivi en logement?; 3) Quels sont les défis et conditions de succès rencontrés par les bénéficiaires du suivi en post-LT et leurs intervenants pour favoriser le maintien en logement et la réinsertion sociale/professionnelle?; et 4) Quelles sont les composantes du soutien les plus susceptibles de conduire au maintien de la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle de cette clientèle?

2. Méthode

2.1. Présentation des ressources

Deux ressources ont été investiguées pour cette étude, soit des organismes communautaires de Montréal: le Logis Rose Virginie et le Chañon, offrant du LT et du suivi post-LT essentiellement à des femmes ayant été en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Le Logis Rose Virginie offre des appartements supervisés, avec accès à une salle communautaire, pour une vingtaine de femmes. Celles-ci gèrent elles-mêmes leur budget et font leurs propres repas. Un souper communautaire a cependant lieu à tous les mois pour permettre de socialiser. Le LT y est offert pour un maximum de trois ans. Pour sa part, le Chañon offre du LT allant jusqu'à un an, où les femmes ont accès à une chambre et des repas. Les deux ressources offrent un panier de services de soutien diversifié pour leurs résidentes, incluant des activités de groupe et des interventions individuelles d'un minimum d'une rencontre par semaine. Des projets de vie et plans d'interventions sont établis en lien avec les résidentes. À leur sortie du LT, Le Logis Rose Virginie et Le Chañon offrent du soutien post-LT d'une durée indéterminée à leurs anciennes résidentes en transition vers un logement permanent. Le service de suivi post-LT de Logis Rose Virginie desservait 9 anciennes résidentes, et celui du Chañon, 42. Les suivis post-LT dispensés par les ressources sont d'intensité variable, et incluent différents contenus et approches, visant à répondre aux besoins des femmes; ils s'effectuent à domicile, dans un lieu public ou dans les bureaux des ressources selon les besoins des femmes.

2.2. Échantillon et procédure de collecte des données

L'étude a impliqué un partenariat étroit entre l'équipe de recherche et les deux ressources offrant du suivi post-LT contribuant à ce projet: le Logis Rose Virginie, qui a commandité le projet d'évaluation, et le Chañon. La collecte des données a intégré des usagères du suivi post-LT, leurs intervenantes et les équipes de direction des deux ressources. Les critères d'inclusion concernant les usagères, qui ont été recrutées de janvier 2018 à août 2018, étaient les suivants: a) être une femme de plus de 18 ans; b) avoir résidé en LT dans l'une des deux ressources de recrutement de l'étude et bénéficier d'un suivi post-LT; c) être apte à participer à la recherche (parler français ou anglais; avoir des réponses suffisamment cohérentes); et d) consentir à ce qu'on les rencontre à deux reprises dans un intervalle de 6 mois, et qu'on obtienne leurs données de suivi de la ressource de LT (fiches de contact). Dans les deux ressources, les femmes bénéficiant du suivi post-LT ont été interpellées à participer à la recherche par leur intervenante. Les usagères intéressées étaient par la suite référées à l'équipe de recherche. Étant donné qu'il s'agissait d'une étude exploratoire, le recrutement planifié s'est établi à 10 femmes en suivi post-LT, desservies par l'une ou l'autre des ressources post-LT. La taille de l'échantillon s'est aussi justifiée par la nouveauté du programme de suivi post-LT, particulièrement au Logis Rose-Virginie où peu de femmes y étaient encore desservies. Des douze premières femmes recrutées en suivi post-LT pour la recherche, 10 ont accepté d'y participer, pour un taux de réponse de 83%.

Une stratégie de triangulation de la collecte de données a été retenue, intégrant: a) les usagères (n=10) rencontrées lors des deux entrevues (T0, T1) et qui avaient à répondre à un questionnaire; b) les intervenantes des usagères qui effectuaient le suivi post-LT (n=2), et qui ont complété des fiches de contact (questions fermées) lors de chaque suivi; c) et l'équipe de direction (n=4), rencontrée en entrevue de groupe et intégrant les deux intervenantes (6 personnes au total). Le questionnaire adressé aux usagères était d'une longueur moyenne de 1h15 (1h00 questions fermées; 15 minutes questions ouvertes). Les usagères ont été rencontrées aux lieux de leur choix, soit à leur domicile, dans les ressources, ou dans un café. Une compensation de 20\$ par entretien leur était allouée. Les fiches de contact (questions fermées, ±10 minutes) permettaient de codifier systématiquement, à chaque suivi des usagères, l'information pertinente sur le suivi post-LT. Enfin, l'entrevue de groupe s'est réalisée à la fin du suivi post-LT, soit en juillet 2018, et a été d'une durée de 2h00. Les professionnelles rencontrées en entrevue de groupe avaient en moyenne 6.8 années de pratique (82 mois, écart type (ÉT)=47) auprès de la clientèle en situation d'itinérance ou des femmes en difficultés. Elles travaillaient dans la ressource depuis 3.6 années en moyenne (43 mois, ÉT=28), et avaient en moyenne 50 ans (ÉT=14). Les intervenantes (n=2) avaient une expérience moyenne de 2.3 années de suivi en post-LT (28 mois, ÉT=17). Enfin, le projet a été accepté par le comité d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Des formulaires de consentement éclairé ont été signés par l'ensemble des participantes, après leur avoir expliqué leur implication dans le processus de recherche.

2.3. Description des instruments de mesure

Le questionnaire pour les usagères était adapté d'une recherche en cours, où il a été testé auprès de 455 personnes en situation d'itinérance. Il intégrait des questions fermées à échelle de Likert et des instruments standardisés comprenant: a) des informations

sociodémographiques (ex.: âge, éducation, statut marital); b) le parcours résidentiel des usagères dont le fait d'être en itinérance chronique (avoir passé 12 mois consécutifs dans la rue ou 4 périodes sur 3 ans); c) le profil clinique, dont être aux prises avec des troubles mentaux graves (TMG, ex.: schizophrénie, troubles bipolaires) courants (TMC, ex.: anxiété, dépression), ou de la personnalité, des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUS, alcool et drogues) ou des maladies physiques (ex.: diabète, traumatismes); d) le niveau d'aide reçue et de satisfaction quant au suivi post-LT ou l'utilisation des services publics ou/et communautaires (oui/non, fréquence); et e) des mesures de résultats comme la stabilité résidentielle, la qualité de vie, les changements perçus depuis l'accès au logement permanent ou la réinsertion sociale/professionnelle. Le **Tableau 1** présente les échelles standardisées et les questions fermées en lien avec les variables qui ont été mesurées.

Des questions ouvertes adressées aux usagères complétaient l'information quantitative. Au T0, deux questions ouvertes étaient posées: Quelles sont vos attentes en termes du suivi post-LT?; et quels sont vos objectifs en termes de réalisations à accomplir que vous aimeriez atteindre d'ici les prochains 6 mois? Au T1, les questions ouvertes documentaient: la qualité du suivi post-LT, l'importance d'avoir transité précédemment en LT, les points d'amélioration à apporter, les forces et les faiblesses reliées au maintien en logement et à la réinsertion sociale/et professionnelle ainsi que l'atteinte de leurs objectifs et la contribution à cet égard du suivi post-LT.

Les fiches de contact (volet intervenantes) comprenaient pour la première entrée de données (1^{ier} contact client): le temps de séjour en LT précédant le suivi post-LT; la date de l'insertion en logement permanent; celle du début du suivi post-LT; et, s'il y a lieu, la date et les raisons de l'arrêt de ce dernier. Elles incluaient systématiquement à chaque suivi les données des items suivants: a) date de suivi, b) durée du suivi, c) lieu de la rencontre, d) maintien du logement de la clientèle; e) activités de suivi effectuées; f) sujets des discussions; g) activités et lieux d'accompagnement; h) outils d'intervention déployés; i) autres contacts avec la clientèle à l'extérieur du suivi; j) niveau de motivation de la clientèle à effectuer son suivi; et k) amélioration perçue depuis le dernier suivi. Pour les deux dernières dimensions (j, k), l'intervenante était invitée à répondre sur une échelle de 0 à 5; pour les autres questions, il s'agissait soit de fournir la réponse exacte (ex.: temps du suivi en minute) ou de cocher les réponses adéquates pour chaque item (oui/ou non, ou choix de réponse).

Enfin, les questions ouvertes adressées, dans la rencontre de groupe, à l'équipe de direction des deux organismes et les intervenantes dispensant le suivi post-LT avaient pour objet de décrire: a) le portrait de l'organisme (historique, nombre d'employés, clientèle desservie, etc.); b) le type de LT offert (durée, nombre de place, profil de clientèle pour lequel le LT semble le mieux ou le moins adapté, rôle du LT dans le rétablissement, etc.); c) le suivi post-LT (historique, durée et intensité du suivi; services offerts, etc.); et d) la problématique globale du logement pour les femmes en situation d'itinérance au Québec.

2.4. Analyse des données

Une méthode d'analyse mixte (quantitatif/qualitatif) a été retenue pour cette étude exploratoire. Étant donné la taille restreinte de l'échantillon (n=10 pour les usagères), seules des analyses descriptives ou de comparaison (T0 vs T1) ont été réalisées. Les

analyses descriptives portant sur des variables catégorielles (ex.: oui ou non: maintien de la stabilité résidentielle, réinsertion au travail ou aux études) ont été produites à l'aide de la distribution de fréquence; et sur des variables continues (nombre de jours: maintien de la stabilité résidentielle; échelles de mesure: qualité de vie, changements perçus depuis l'accès au logement) à l'aide de pourcentages et de la valeur moyenne. Les analyses de comparaison (T0-T1 à six mois d'intervalle), ont été effectuées sur quelques variables clés (ex.: utilisation des services, qualité de vie) catégorielles à l'aide du Chi-carré ou du test de Fisher (lors de valeurs inférieures à 5) ou continues à l'aide du test de l'ANOVA. La classification des variables étudiées est basée sur le modèle de Gelberg et collègues.²¹ Les variables sont ainsi classifiées en facteurs prédisposant (correspondant à des variables individuelles préexistantes comme l'âge et le statut marital), facilitant (correspondant à des variables contextuelles comme l'utilisation de services ou le fait d'avoir un médecin de famille) et de besoin (soit des variables cliniques comme le fait d'avoir un diagnostic de TM, de TUS ou une maladie physique).

La collecte des données qualitative et l'analyse mixte ont suivi un processus en cinq étapes: 1) enregistrement audio des entrevues et transcription des verbatims; 2) lectures préliminaires effectuées par un membre de l'équipe de recherche, et construction d'unités de signification développées à partir des dimensions du questionnaire/grille d'entrevue (usagères: questions ouvertes, et lors de la rencontre de groupe avec les intervenantes et équipes de direction) à des fins d'analyse. La coordonnatrice du projet a identifié les dimensions de la codification ainsi que subséquentement la validation de la codification des verbatims, en lien avec la chercheuse principale de l'étude; 3) codage de l'ensemble des entrevues; 4) triangulation des données qualitatives et quantitatives résultant des usagères (questions ouvertes et fermées); et 5) triangulation des informations en provenance des usagères, intervenantes (fiches de contact) et intervenantes et équipes de direction (rencontre de groupe). La triangulation des données visait à mieux contextualiser et expliquer l'information quantitative à partir des données qualitatives, colligées à partir de la recherche. Le **tableau 2** présente des exemples de citations issues de verbatims.

3. Résultats

3.1. Profil des usagères au T1

La moyenne d'âge des usagères était de 48 ans (ÉT=13). Les trois quarts avaient une éducation de niveau primaire ou secondaire, et l'autre quart de niveau collégial ou plus. Presque toutes les usagères (90%) étaient célibataires, séparées, divorcées ou veuves. Un peu moins de la moitié d'entre elles (40%) avaient des enfants, dont aucune des enfants mineurs à leur charge. La quasi-totalité des usagères (90%) étaient en situation d'itinérance chronique (**Tableau 3**), et avaient effectué un séjour moyen de 25 mois en LT avant d'intégrer un logement permanent avec suivi post-LT (**Tableau 4**). En moyenne, les usagères avaient plus de 2 TM, incluant un trouble de personnalité pour l'ensemble d'entre elles. La moitié des usagères avait un TMC dont principalement la dépression majeure (50%) et l'anxiété généralisée (30%). Le tiers des usagères (30%) avait un TMG. Quelques usagères (20%) avaient des TUS ou un TM-TUS concomitant (20%). Pratiquement toutes (90%) souffraient d'une maladie physique chronique (**Tableau 3**). Quasi toutes les usagères (90%) avaient un médecin de famille. Elles avaient toutes visité les services publics, et la moitié avait également visité les services

communautaires. Elles avaient utilisé en moyenne trois services publics ou communautaires, et les avaient fréquentés huit fois en moyenne dans la période de suivi de six mois.

3.2. Les attentes des usagères quant au suivi post-LT

La plus grande majorité des usagères (7/10) attendaient un soutien émotionnel de la part de leur intervenante s'exprimant par le besoin de se confier, d'être écoutées et comprises par une personne en qui elles pouvaient avoir confiance. Quelques usagères (2/10) ont exprimé ce besoin de soutien émotionnel lors de changements survenus à la suite de l'apparition de leur TM. Une majorité d'usagères (7/10) désiraient aussi un soutien d'accompagnement pouvant se traduire par des conseils, de l'encouragement, et de l'accompagnement dans des démarches plus administratives (aide pour la déclaration des impôts par exemple). La moitié des usagères (5/10) s'attendaient aussi à recevoir du soutien informationnel se traduisant par un besoin d'informations d'une part sur les ressources disponibles afin de les aider à trouver des services qui répondent à leurs besoins, et d'autre part sur les activités auxquelles elles pourraient participer pour rencontrer d'autres personnes et satisfaire leur besoin social (aide dans la réinsertion sociale et pour briser l'isolement).

3.3. Description des interventions lors des suivis post-LT

Selon les intervenantes offrant le suivi post-LT, ce dernier représentait un filet de sécurité pour les anciennes résidentes permettant d'éviter un retour à la rue ou en logement transitoire. Dans le cadre de leurs interventions, elles vont aider les anciennes résidentes à développer des habilités qui leur permettront de vivre de façon autonome. Elles vont également essayer de développer le réseau social des anciennes résidentes, ceci afin de leur éviter de se sentir isolées, en les motivant à participer à des activités de loisirs organisées par la ressource ou par d'autres organismes. Les intervenantes travaillent en partenariat avec les autres organismes (ex.: Institut universitaire en dépendance, CLSC, organismes communautaires) offrant un suivi aux anciennes résidentes afin de favoriser la réinsertion sociale de ces dernières. L'intensité du suivi post-LT offert par les ressources variait en fonction des besoins des usagères (ex.: une fois par semaine, une fois par mois) et n'avait pas de limite dans le temps.

Au total, il y a eu 103 interventions de suivi qui ont été effectuées par les intervenantes dont 64 rencontres planifiées et 39 non planifiées. Le nombre moyen d'interventions par usagère était de 10 parmi lesquelles 7 ont été réalisées en face à face et 3 par téléphone. Les interventions de suivi ont duré en moyenne 64 minutes (face à face: 83 minutes, téléphone: 19 minutes). La majorité des interventions de suivi faites en face-à-face ont eu lieu au bureau de la ressource (33%), tandis que les autres ont été réalisées dans un lieu public (17%) ou au domicile de l'usagère (17%) (**Tableau 4**). Selon une intervenante, les visites à domicile sont particulièrement instructives, car elles permettent de constater si l'usagère est capable d'entretenir son logement.

Les interventions effectuées lors des suivis étaient dans plus de 85% des cas en lien avec le développement des habiletés sociales et interrelationnelles, le soutien psychosocial, la gestion de crise et le soutien aux activités quotidiennes. Le tiers des suivis concernait les références ou informations sur les ressources et l'accompagnement externe. Environ le quart des suivis était en lien avec le soutien à la gestion de la consommation (alcool, drogue) et de la médication (**Tableau 4**).

Lors des activités de soutien psychosocial, plus de 70% des sujets de discussion portaient sur les activités de la vie quotidienne et les conditions de vie, les relations sociales et la sexualité. Près de la moitié des sujets de discussion étaient en lien avec les problèmes psychologiques et plus du quart en lien avec le travail ou les études et les problèmes physiques. Les approches biopsychosociales ou systémiques et axées sur les forces ont été utilisées dans plus de 80% des suivis.

3.4. Impacts des interventions lors du suivi post-LT sur les usagères

La majorité des usagères étaient très satisfaites ou complètement satisfaites de leur suivi post-LT, principalement concernant la façon de faire ou l'attitude des intervenantes, de la durée et la fréquence du suivi, de la facilité de contacter leur intervenante lorsqu'elles en avaient besoin, ainsi que de la longueur des séances. (**Tableau 5**). Par ailleurs, au cours de leur entrevue, les usagères ont dit principalement apprécier le soutien d'accompagnement (7/10), et le soutien émotionnel (5/10) offert par les intervenantes. Le « savoir-être » des intervenantes, qui se traduisait par leur sympathie, leur présence chaleureuse et leur attitude épanouie, était également l'une des composantes les plus appréciées par les usagères (**Tableau 2**). Sur les 10 usagères rencontrées, 9 avaient un objectif pour les 6 prochains mois. Au cours de leur entrevue, la majorité de ces usagères (7/9) estimaient que leur suivi post-LT (soutien d'accompagnement et émotionnel surtout) avait contribué directement ou indirectement à l'atteinte de leurs objectifs.

Sept items ont été abordés afin de mesurer l'aide reçue par les usagères et leur satisfaction (**Tableau 6**). La majorité des usagères (de 70 à 80%) estimaient que le niveau d'aide qu'elles avaient reçu était moyen ou suffisant, et elles étaient plutôt satisfaites ou complètement satisfaites du niveau d'aide reçue en lien avec les trois items suivants: 1) Améliorer leurs connaissances à propos de leurs problèmes, leurs traitements ou les services ou activités disponibles pour les aider; 2) Améliorer la gestion de leur stress, de leurs émotions ou de leur santé mentale globalement; 3) Améliorer leurs habiletés globalement, à prendre de bonnes décisions, ou leur estime personnelle. Au cours de leur entrevue, la très grande majorité des usagères (9/10) ont mentionné que c'est principalement dans l'amélioration de leurs habiletés, comportement ou de leur qualité de vie que leur suivi jouait un rôle important. Ceci s'est réalisé à travers l'organisation de leurs activités de la vie quotidienne ou par le soutien émotionnel ou d'accompagnement (écoute, conseils, informations sur les ressources) qui leur ont été offerts.

La majorité des usagères (de 50 à 80%) ont dit avoir reçu peu ou pas d'aide pour les quatre items suivants: 1) Améliorer la gestion de leur consommation ou son arrêt; 2) Améliorer leur chez soi; 3) Trouver un emploi, retourner aux études ou faire du bénévolat; 4) Se créer un réseau social. Toutefois, les usagères étaient majoritairement (de 60 à 90%) plutôt satisfaites ou complètement satisfaites du niveau d'aide reçue en lien avec ces items (**Tableau 6**). Au cours de l'entrevue, 8 usagères sur 10 ont affirmé que leur intervenante les aidait dans leur réinsertion sociale ou professionnelle principalement à travers: 1) l'organisation ou l'invitation aux activités telles que des soupers communautaires; 2) des conseils sur des difficultés rencontrées sur leur lieu de travail ou sur des lieux pour faire de bénévolat; 3) l'aide aux études (ex.: soutien pour les examens).

Au cours de l'étude, la majorité des usagères (80%) avaient conservé le même logement (stabilité résidentielle), deux seulement ayant déménagé entre le T0 et le T1.

Ces deux usagères considéraient toutefois leur déménagement comme étant un facteur positif. En outre, seulement deux usagères ont indiqué lors de l'entrevue que le suivi post-LT les aidait à conserver un logement stable, et ce grâce au soutien obtenu pour la gestion de leur consommation ou de leur anxiété. Selon les intervenantes, les usagères étaient généralement très motivées lors de leurs suivis post-LT (score de 4,5 sur un maximum de 5). Sur un score maximum de 5, les intervenantes évaluaient à 3,4 l'amélioration de la situation globale des usagères (**Tableau 4**). Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre le T0 et le T1 dans les réponses des usagères aux dimensions mesurées par les échelles de mesure à 6 mois d'intervalle pour les facteurs de besoin, les facteurs prédisposant ou facilitant leur réinsertion sociale et leur stabilité résidentielle (questionnaire usagère, questions fermées; **Tableau 7**).

3.5. Rôle du LT dans le rétablissement des usagères

Selon les directrices et intervenantes des ressources, l'encadrement des usagères en LT a joué un rôle essentiel dans le rétablissement et la stabilité résidentielle des usagères. Lors de leur passage dans les deux ressources, les usagères doivent remplir différentes tâches hebdomadaires (ex.: gestion des espaces communs, déneigement). De plus, dans l'une des ressources, elles sont obligées de travailler, de faire du bénévolat ou de poursuivre des études au minimum 3 jours/semaine. De plus, lors du passage des usagères en LT, les intervenantes des ressources les aident à améliorer leurs habiletés par différents apprentissages (ex.: ménage, épicerie, budget, etc.) susceptibles d'assurer l'autonomie essentielle pour leur future réinsertion sociale. Par ailleurs, un suivi intensif est possible en LT, les intervenantes étant sur place durant toute la journée pour offrir du soutien si nécessaire. Cette proximité (usagères/intervenantes) en LT permet aux intervenantes d'acquérir une très bonne connaissance des usagères, et de tisser avec elles des relations de confiance qui pourront se maintenir par la suite. Les intervenantes seront ainsi plus efficaces et compétentes lorsque viendra le temps de faire le suivi post-LT, ceci d'autant plus qu'un plan d'intervention post-LT est déjà mis en place pour les usagères dans le cadre du LT, afin qu'elles reçoivent un soutien en adéquation avec leurs besoins.

Pour leur part, l'ensemble des usagères (10/10) ont relevé des points positifs sur l'impact du LT par rapport à leur situation actuelle en post-LT. Pour une majorité (6/10), le LT leur a permis de reprendre confiance en elles. La disponibilité des intervenantes, leur écoute et leur non jugement leur ont permis de se relever et de retrouver leur estime de soi. Selon la moitié des usagères (5/10), l'encadrement offert en LT les a aidé à retrouver un rythme de vie de base, à apprendre ou réapprendre les activités de la vie quotidienne pour gérer un appartement, mais aussi à être fonctionnelle dans la vie. D'autres avantages du LT ont été mentionnés par quelques usagères, tel que: l'arrêt de la consommation de substances (3/10), l'enclenchement de démarches au sein du LT pour retrouver un logement (2/10), la possibilité de faire des économies pour l'aménagement d'un futur logement (1/10) et la possibilité de bénéficier d'un suivi pour son TM (1/10).

3.6. Défis et difficultés reliés au LT et au suivi post-LT

Lors de l'entrevue de groupe, les directrices et intervenantes des ressources ont indiqué plusieurs défis et difficultés reliés respectivement au LT et au suivi post-LT. La première difficulté reliée au LT était celle de la durée de séjour qui était parfois trop courte pour les usagères ayant vécu énormément de traumatismes. Ces dernières n'ont pas toujours le

temps nécessaire de se recréer une confiance et de réaliser un projet de vie avant de devoir quitter la ressource. Cette situation peut avoir des conséquences néfastes pour les usagères: des retours à l'urgence et des hospitalisations ainsi qu'à la ressource. La durée de séjour en LT devrait ainsi être idéalement adaptée aux besoins des usagères, mais cela n'est malheureusement pas toujours possible.

Concernant le suivi post-LT, le principal défi des intervenantes était le respect de leur agenda ou emploi du temps. Afin de rencontrer les usagères à domicile ou dans un lieu public, les intervenantes devaient effectuer plusieurs déplacements, ce qui demandait beaucoup de leur temps. De plus, le transport en commun qui est parfois peu fiable et les conditions climatiques hivernales qui demandent une gestion particulière ne facilitaient pas leurs déplacements. L'engagement et le comportement de certaines usagères représentent également un défi. Les annulations de rendez-vous, les absences aux activités, les conflits avec les usagères qui demandent une structuration particulière étaient autant de problèmes dont étaient confrontées les intervenantes. La collaboration était particulièrement difficile avec les personnes ayant des TMG qui refusaient de prendre leurs médicaments, ainsi qu'avec celles ayant des troubles de personnalité ou de dépendance, lesquelles pouvaient présenter des comportements désorganisés et violents. Selon les directrices et les intervenantes, le LT et le suivi LT nécessitent un engagement total des usagères, lequel n'est souvent possible qu'après une série d'échecs qui entraînent la personne à se prendre définitivement en main. Lorsque la volonté de gérer le problème de santé mentale ou de consommation est présente, ou lorsqu'un suivi est en place, les intervenantes ont davantage les outils et la structure nécessaires pour accompagner les usagères dans leur processus de soins ou de rétablissement.

Les lacunes dans les services de santé et services sociaux nuisaient également à l'efficacité du suivi post-LT. Selon les intervenantes et l'équipe de direction des deux ressources, l'organisation et l'accès des services en santé mentale devaient être améliorés, car certaines de leur clientes requéraient des services spécialisés qu'elles ne pouvaient pas s'offrir ou étaient indisponibles. En guise d'exemple, les intervenantes ont signalé un manque de professionnels pouvant répondre aux besoins de certaines usagères tels que les psychoéducatrices spécialisées dans le secteur public pour les troubles du spectre de l'autisme (**Tableau 2**). De tels professionnels exercent dans le secteur privé, mais leurs services sont financièrement inaccessibles pour les usagères. De plus, les intervenantes ressentaient souvent une collaboration limitée avec les services de santé, car même si les besoins de l'usagère étaient fortement exprimés par les intervenantes les accompagnant, ceux-ci n'étaient pas toujours considérés par les autres professionnels (**Tableau 2**). Cette situation avait souvent pour effet d'entraver le rétablissement de l'usagère. Enfin, un autre important défi des ressources offrant du LT et du suivi post-LT était le temps accordé à la recherche d'un logement permanent abordable et convenant aux besoins de leurs usagères. Pour plusieurs d'entre elles qui ne sont pas assurées de rejoindre le marché du travail, un logement subventionné était essentiel. Or, cela pouvait prendre jusqu'à 7 ans avant qu'une place ne se libère dans un HLM (habitation à logements modiques).

3.7. Améliorations à apporter

Au total, 60% des usagères ont proposé lors de l'entrevue des améliorations au niveau de leur suivi. Ces améliorations étaient surtout en lien avec le soutien d'accompagnement

(avoir plus de conseils et d'aide à la réflexion (4/10)) et concernait une meilleure organisation du suivi (2/10) étant donné la complexité du profil de certaines usagères (suivi plus rapproché et durée des séances plus longues). Pour les intervenantes et l'équipe de direction, le principal élément d'amélioration à apporter était d'ordre financier, le réseau communautaire n'ayant pas ou peu les ressources financières nécessaires pour suivre une clientèle ayant des problématiques complexes. Une plus grande collaboration de la part des services publics était aussi espérée. Finalement, une plus grande quantité de logements permanents abordables ainsi que la présence d'équipes multidisciplinaires pouvant offrir de l'aide aux personnes en situation d'itinérance (ou à risque de l'être) étaient d'autres améliorations nécessaires qui ont été recommandées.

4. Discussion et recommandations

Notre étude exploratoire comportait quatre objectifs de recherche: 1) quelle est l'efficacité du LT suivi d'une insertion en logement permanent, accompagnée de services de soutien pour favoriser la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle? 2) quels sont les profils de la clientèle les plus avantagés par la formule: LT-logement permanent-suivi en logement; 3) quels sont les défis et conditions de succès rencontrés par les femmes et les intervenantes pour favoriser le maintien en logement et la réinsertion sociale/professionnelle?; et 4) quelles sont les composantes du soutien les plus susceptibles de conduire au maintien de la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle de cette clientèle?

Le profil des 10 usagères de notre étude était assez conforme à celui des femmes en situation d'itinérance, particulièrement celles en itinérance chronique, lesquelles présentent un nombre de TM, TUS et maladies physiques chroniques supérieur à la population féminine en général.^{22,23} Il est cependant difficile de déterminer si ces pathologies ont contribué à l'itinérance en plaçant les usagères en situation de vulnérabilité, ou résultaient plutôt des conséquences d'un long séjour dans la rue.²⁴

L'étude n'a pas permis d'observer des changements significatifs concernant les facteurs de besoin, prédisposant ou facilitant la réinsertion sociale/professionnelle et la stabilité résidentielle de ces usagères entre le T0 et le T1. Ceci ne doit cependant pas être vu comme négatif, mais plutôt comme le signe que les usagères ont conservé les habilités qu'elles avaient acquises lors de leur passage en LT, entre autres grâce au suivi post-LT. Cette absence de changements s'explique sans doute par le délai relativement court (6 mois) entre les deux temps de mesure. Selon la littérature internationale, c'est généralement après 12^{25,26} ou 18 mois^{27,28} après le placement en logement permanent que des changements positifs se manifestent. De plus, ces changements se manifesteraient seulement dans certaines dimensions. Ainsi, certaines études ont souligné que l'acquisition d'un logement permanent est insuffisante à une parfaite réinsertion sociale des personnes en situation d'itinérance, plusieurs d'entre elles demeurant isolées.^{29,30}

Concernant les interventions offertes dans le cadre du suivi post-LT, la proportion de rencontres au domicile des usagères est assez limitée (17%), et ce malgré tout l'intérêt qu'offrent ces visites pour observer et connaître le milieu de vie des personnes, comparativement aux rencontres dans la ressource (32%). Ceci s'explique sans doute par le fait que dans les deux ressources, le suivi post-LT est présentement offert par une seule intervenante qui doit également participer aux activités individuelles et de groupe dans la ressource. Les rencontres à la ressource permettent ainsi à celles-ci d'éviter de trop fréquents déplacements, contraignant leur temps de suivi à la clientèle.

Il peut sembler paradoxal à première vue qu'une majorité d'usagères aient indiqué avoir aucune ou peu d'aide pour certains items (ex.: gestion ou arrêt de consommation, ou trouver un emploi, retourner aux études ou faire du bénévolat) tout en se disant plutôt ou même complètement satisfaites de ce niveau d'aide. Cette apparente contradiction pourrait s'expliquer par le fait que le niveau d'aide reçue correspond généralement parfaitement à celui qui est demandé. Les objectifs de vie n'étant pas les mêmes chez toutes les usagères, certaines d'entre elles ne demandent tout simplement pas d'aide pour un besoin qui ne les concernent pas et en sont satisfaites. À titre d'exemple, étant donné que la majorité des usagères n'ont pas de TUS, il est normal que celles-ci n'aient aucune aide afin de gérer ou d'arrêter leur consommation.

Concernant le premier objectif de la recherche, les résultats indiquent que huit usagères sur 10 ont conservé leur logement permanent après six mois, ce qui est le signe qu'une stabilité résidentielle semble s'installer. La stabilité résidentielle est considérée comme une condition essentielle à la santé et au bien-être des personnes auparavant en situation d'itinérance, car elle permet d'exercer un contrôle sur leur environnement et d'établir des routines et des plans d'avenir.³¹ Cependant, le changement d'appartement chez les deux autres usagères ne doit pas être nécessairement perçu comme une expérience négative, ce déménagement leur ayant permis de trouver un logement convenant davantage à leur préférence. Il est en outre intéressant de noter que seulement deux usagères ont explicitement indiqué lors de l'entrevue que le suivi post-LT les avait aidées à conserver un logement stable. Il est possible que la stabilité résidentielle soit pour le moment un concept un peu abstrait ou trop lointain pour la plupart des usagères comparativement à la nécessité de faire face aux activités de la vie quotidienne et à leur condition de vie, ces deux dimensions étant à la fois les principales activités de suivi et principaux sujets de discussion avec les intervenantes dans le cadre du suivi post-LT. La satisfaction du suivi post-LT concernant la réinsertion sociale/professionnelle est en outre supérieure à celle reliée au maintien en logement.

Concernant le second objectif, le degré de satisfaction généralement élevé laisse sous-entendre que la formule LT-logement permanent-suivi en logement est particulièrement bénéfique pour les usagères ayant un profil d'itinérance chronique, telles que celles faisant partie de l'échantillon, dans la mesure où ces dernières sont finalement motivées à changer. Diverses études ont montré que bien qu'elles aient connu des situations de pauvreté et d'exclusion extrêmes, certaines personnes en situation d'itinérance conservent des besoins de s'accomplir leur permettant de passer au travers de ces situations et de se créer des objectifs de vie.^{32 16} Ces personnes sont capables de prendre leur vie en main et d'agir en tant que citoyens.³³ Selon l'équipe de direction et les intervenantes, les usagères doivent posséder de la maturité et une certaine expérience de vie pour que le LT et le suivi post-LT aient des effets bénéfiques sur elles. Le LT serait ainsi particulièrement bénéfique pour des femmes ayant entre 30 et 35 ans. La clientèle plus jeune serait plus à risque de retourner en LT après leur départ, car étant moins matures. Le délai de trois ans en LT est parfois insuffisant pour atteindre leurs objectifs chez ces usagères. Inversement, la clientèle trop âgée et ayant des profils de santé plus complexes ont davantage de difficultés à trouver un logement permanent. Comme le soulignait Forhteringham et collègues¹⁹, le LT doit être de durée suffisante pour permettre aux usagères de se rétablir. Enfin, les clientèles associables et/ou ayant des troubles de personnalité ou des TUS non traités représentent un défi particulier, ces

dernières ayant plus de difficultés à collaborer avec les intervenantes et à maintenir leur suivi. Plus particulièrement, un TUS non traité est reconnu comme étant un important facteur d'instabilité résidentielle.³⁴ Un accès aux services offrant un traitement pour ces troubles complexes, de même qu'une formation adéquate des intervenantes pour permettre de mieux négocier avec cette clientèle plus difficile est nécessaire.

Pour ce qui est du troisième objectif, le facteur contribuant le plus à la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle selon les usagères serait le changement opéré dans leurs aptitudes ou comportements lors de leur passage en LT. La présence régulière d'intervenantes pouvant offrir un soutien aux usagères est un élément de force du LT.¹⁹ C'est aussi lors du passage en LT que se constituent les liens de collaboration entre l'usagère et son intervenante. Plusieurs études ont démontré qu'une telle alliance est positivement associée au rétablissement des personnes.^{35 36} La motivation de l'usagère ainsi que la flexibilité et la réceptivité de l'intervenante¹⁸ sont deux conditions nécessaires à la création de cette alliance. Le suivi post-LT permet ensuite de maintenir les acquis et offre un filet de sécurité pouvant éviter que l'usagère retombe dans les comportements pouvant l'amener à sombrer à nouveau dans l'itinérance. Le suivi post-LT est aussi utile pour répondre aux objectifs que les usagères se sont fixées. Un plan d'intervention ainsi qu'un suivi adapté aux besoins de l'usagère en termes de fréquence et de durée²⁰ sont d'autres conditions de succès jugées essentielles selon les usagères et les intervenantes.

L'efficacité du suivi post-LT peut cependant être compromise en raison de facteurs indépendants de la volonté des intervenantes et des usagères et qui sont reliés à l'organisation sociale en général (manque de logements abordables, difficulté d'accès à l'emploi pour les personnes en situation d'itinérance, etc.) et du système de santé et des services sociaux en particulier (difficulté d'accès à certains services ou professionnels, absence de collaboration des professionnels, etc.). Comparativement à la population générale, les personnes en situation d'itinérance ont beaucoup moins de probabilité d'accéder aux soins de santé ambulatoire, d'obtenir un revenu stable, d'accéder au monde du travail ou de bénéficier d'un soutien social.³⁷ La lutte contre l'itinérance doit reposer sur une action concertée d'une pluralité d'organismes des réseaux publics, communautaires et de l'intersectoriel (municipalités, travail, éducation, etc.). Les ressources offrant du logement devraient également tenir compte des besoins des femmes en situation d'itinérance en matière de logement, lesquels diffèrent de ceux des hommes.¹⁹ Pour ces dernières, un logement ne se limite pas à un espace physique de base, mais inclut plusieurs attributs affectifs comme l'intimité, le confort, la sécurité et le bien-être personnel.³⁸ Pour les femmes, un logement est d'abord et surtout un foyer où elles pourraient éventuellement fonder une famille.

Concernant le 4^e objectif, les résultats de notre étude ont souligné toute l'importance que les usagères accordent au soutien émotionnel offert par les intervenantes dans leur processus de rétablissement, celui-ci étant tout aussi essentiel à leurs yeux que le soutien d'accompagnement. Cette importance s'explique par les nombreux épisodes d'abandons qu'ont connus la plupart des usagères. Un passé d'abus physique, sexuel ou psychologique est davantage présent chez les femmes en situation d'itinérance que chez les hommes,³⁹ et vivre dans la rue est beaucoup plus dangereux pour celles-ci.⁴⁰ En outre, les femmes en situation d'itinérance sont généralement dépourvues d'un réseau social fort pouvant agir comme facteur de protection.²⁴ Il en

résulte souvent une faible estime personnelle chez elles ainsi que d'importants problèmes émotionnels.⁴¹ La mise en place d'un sentiment de sécurité est essentielle pour la résolution du problème de l'itinérance chez de nombreuses femmes.⁴⁰ Le temps passé en LT facilite le développement de relations de confiance entre les usagères et les intervenantes¹⁹, ce qui leur permet de se rétablir émotionnellement et, ensuite, débiter le travail qui conduira à leur autonomie par l'entremise du soutien d'accompagnement, soit le suivi post-LT.

5. Limites

Cette étude comporte certaines limites qui méritent d'être soulignées. Premièrement, étant donné le faible nombre d'usagères interrogées, cet échantillon ne peut se prétendre représentatif de la clientèle en situation d'itinérance en général, ni de celle hébergée en LT et recevant du suivi post-LT. Deuxièmement, la clientèle étudiée était exclusivement féminine. Une étude portant sur des hommes itinérants en LT et suivi post-LT aurait possiblement donné des résultats différents. Finalement, en raison du délai relativement court du suivi des usagères dans l'étude (6 mois), il nous a été impossible de noter des changements significatifs dans les conditions de vie des usagères ou des facteurs prédisposant, facilitant ou de besoins étudiés concernant les usagères. Une étude s'effectuant sur une plus longue durée aurait peut-être permis de mieux faire ressortir l'impact du LT et du suivi post-LT sur la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelle des usagères.

6. Conclusion

À notre connaissance, cette étude exploratoire est la première à avoir étudié l'impact du LT et du suivi post-LT sur la stabilité résidentielle et la réinsertion sociale/professionnelles de femmes en situation d'itinérance au Québec. Notre étude apporte aussi un éclairage nouveau sur le LT, l'efficacité de ce dernier étant peu étudiée globalement. Les résultats montrent que le LT accompagné d'un service de soutien (suivi post-LT) peut aider des femmes particulièrement en situation d'itinérance chronique ayant de nombreux TM, incluant les TUS, à accéder à un logement permanent. Le placement direct en logement permanent peut être difficile pour ces personnes qui ont besoin de temps pour se rétablir et acquérir les habilités nécessaires pour vivre de manière autonome.

À la lumière des commentaires des usagères ainsi que des intervenantes et de l'équipe de direction des deux ressources impliquées dans la recherche, certaines recommandations pourraient être présentées en vue d'améliorer l'efficacité du LT et du suivi post-LT, ainsi que l'organisation des services pour les femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Dans un premier temps, étant donné qu'aucune formule de logement ne peut satisfaire les besoins de la totalité des personnes en situation d'itinérance, il importe aux autorités publiques de privilégier une pluralité d'options (LT, logement d'abord) répondant aux besoins diversifiés de ces personnes. Deuxièmement, étant donné que le rétablissement de certaines personnes en situation d'itinérance peut prendre du temps, il serait nécessaire d'offrir des services de LT de diverses durées. Troisièmement, il importerait d'accorder aux organismes offrant du LT les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires au développement du suivi post-LT dans des logements permanents abordables en nombre suffisant, le suivi post-LT offrant un

filet de sécurité empêchant d'éventuelles rechutes. Quatrièmement, des liens de collaborations plus serrés devraient 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. Finalement, des séances de formation devraient être offertes aux intervenantes des ressources offrant du LT et suivi post-LT pour que celles-ci soient plus aptes à suivre la clientèle à profil plus complexe et aux comportements plus difficiles.

7. Tableaux

Tableau 1

Table 1. Instruments de mesure		
	Nom	Description
a) Facteurs prédisposant		
<i>Qualité de vie</i>	Satisfaction with Life Domains Scale (SLTS)* ⁴²	20 items; Échelle de Likert à 7 points; alpha de Cronbach: 0,92
<i>Intégration physique</i>		7 items; échelle de Likert; valeurs possibles de 0 à 7
<i>Intégration psychologique</i>		4 items; échelle de Likert; valeurs possibles de 4 à 20
b) Facteurs de besoin		
<i>Troubles mentaux</i> <i>Troubles mentaux courants</i> <i>(Dépression majeure,</i> <i>Syndrome de stress post-traumatique,</i> <i>Trouble d'anxiété généralisée)</i> <i>Troubles mentaux graves</i> <i>(Trouble bipolaire,</i> <i>Trouble psychotique)</i>	MINI International Neuropsychiatric Interview 6.0. (MINI)* ⁴³	120 questions; oui/non; Kappa de Cohen; 0,50-0,84
<i>Trouble de la personnalité</i>	Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS) ⁴⁴	8 item; échelle de Likert à 2 points; alpha de Cronbach: 0,68
<i>Trouble lié à l'alcool</i>	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* ⁴⁵	10 items; questions à choix multiples; alpha de Cronbach: 0,88
<i>Trouble lié à l'utilisation de drogues</i>	Drug Abuse Screening Test (DAST)* ⁴⁶	20 items; oui/non; alpha de Cronbach: 0,74
<i>Échelle de détresse psychologique</i>	K-10 Psychological distress scale (K-10 PDS)* ⁴⁷	10 items; échelle de Likert à 5 points; alpha de Cronbach: 0,93
	Échelles faites maison	3 items; échelle de Likert à 3 ou 4 points
<i>Échelle de fonctionnement</i>	WHO Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0)* ⁴⁸	11 items; échelle de Likert à 5 points
c) Facteurs facilitant		
<i>Réseau social</i>	Échelle faite maison: Nombre d'amis sur qui on peut compter	
<i>Utilisation des services</i>	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 5points
d) Description du suivi post-hébergement		
<i>Satisfaction du suivi</i>	Échelle faite maison	3 items; Échelle de Likert à 5 points
<i>Niveau d'accord</i> lié aux attentes du suivi	Échelle faite maison sur le niveau d'accord	6 items; Échelle de Likert à 5 points
<i>Niveau d'aide reçue</i>	Échelle faite maison	7 items; Échelle de Likert à 4 points
Niveau de satisfaction de l'aide reçue	Échelle faite maison	7 items; Échelle de Likert à 5 points

*Les échelles standardisées ont été validées pour une population francophone

Tableau 2. Extraits des verbatims (usagères (codes), intervenantes ou direction (ID))
Rôle du logement transitoire (LT) dans le rétablissement
<i>Bien oui, parce que je n'avais plus de confiance en moi, je n'avais plus rien moi... J'étais complètement à terre quand je suis rentrée dans ce logement transitoire, ça a été dur de remonter la pente, puis ils m'ont soutenue là-dedans [...] Puis j'avais mon intervenante, puis de l'écoute; j'avais une rencontre par semaine, mais à toutes les fois, je pouvais rentrer dans le bureau « anytime ». 11147490</i>
<i>Ah! Bien c'est eux autres qui m'ont amenée en psychiatrie pour me guérir. Je dirais que c'est la chose majeure. 11147792</i>
<i>Exemple, c'est préparer un repas, gérer son budget, et être présente à ses rendez-vous, ses suivis médicaux; chercher de l'aide à l'extérieur, c'est-à-dire les CLSC (centres locaux de services communautaires), les hôpitaux, et les centres locaux d'emploi [...]. Elles seront capables de le faire, elles ne seront pas démunies parce qu'elles l'ont déjà vécu auparavant. Donc, elles sont plus outillées. ID</i>
Difficultés reliées au LT
<i>Moi je pense toujours qu'au niveau de la santé mentale, les problématiques de santé mentale qu'elles ont [...], ce sont des personnes qui sont désorganisées, qui peuvent avoir des psychoses, qui ne prennent pas de médicaments depuis [...]. C'est plus au niveau relationnel qu'au niveau du comportement, parce que c'est tout un groupe. ID</i>
<i>La consommation, ouais, j'ai oublié la consommation qui va avec un comportement difficile. ID</i>
<i>Une autre difficulté rencontrée est le facteur temps. Pour certaines femmes qui vivent beaucoup de traumatismes, la durée en logement transitoire est parfois trop courte. ID</i>
Rôle du suivi post-LT dans la stabilité résidentielle, la réinsertion sociale/ professionnelle ou dans l'amélioration des habiletés
<i>Bien tout va ensemble, la nutrition, l'exercice, c'est comme si tout va bien de ce côté-là, bien mon moral va s'en suivre. Ouais. Puis elle m'aide aussi au budget, pour le budget, essayer de faire un budget puis essayer de le suivre, puis des choses comme ça. 11197970</i>
<i>Ils m'encouragent beaucoup à faire du bénévolat. Elle m'a donné l'adresse du centre des femmes pour y aller. 11147792</i>
<i>C'est de maintenir ses acquis. C'est ça le rôle du post-hébergement, c'est que la personne puisse continuer à maintenir son autonomie [...], ne pas retourner dans la précarité ou dans l'itinérance de retomber dans ces patterns qui peuvent l'amener à devenir itinérante à nouveau. Ça, c'est l'objectif. ID</i>
<i>Un filet de protection aussi c'est vrai. On est une personne ressource si jamais il se passe quelque chose, si elle a besoin d'un numéro, d'être accompagnée. ID</i>
Les attentes des usagères quant au suivi post-LT
<i>J'ai besoin de quelqu'un qui soit là pour m'écouter, puis parler avec moi, parce que je n'ai pas un gros cercle d'amis. 11197970</i>
<i>De m'aider à évacuer mes émotions, comme je disais que j'avais de la difficulté à laisser la psychose, mettre des mots sur mes émotions, puis à m'exprimer clairement sur ce que je ressens. 11197455</i>
<i>Comme pour mes impôts, parce qu'en HLM (habitation à logements modiques), il faut que tu fasses des photocopies, puis je ne comprends pas. Mon intervenante m'aide dans ça. 11197458</i>
<i>Bien là d'être informée des activités (...), c'est le fun quand mon intervenante me propose des activités puis que je peux participer. 11147492</i>
Satisfaction par rapport aux interventions lors du suivi post-logement transitoire
<i>Elle me donne des conseils. [...]. Elle me donne des possibilités de pouvoir me... de penser correctement; dans ma tête, être plus positive. Puis ce qu'elle me dit, elle me fait réfléchir, puis c'est ça. 11147493</i>

<i>Bien d'avoir quelqu'un à qui parler, d'être écoutée. 11197455</i>
Satisfaction par rapport aux résultats attendus
<i>On a fait un plan, [...] on va décider c'est ça l'objectif. En plus, j'ai pratiqué pour mes examens avec mon intervenante, ça m'a beaucoup aidé. 11197455</i>
<i>Mais c'est ça elle m'encourageait, c'est ça... 11197970</i>
<i>[...] parce qu'elle m'aide côté émotions, parce que moi, c'est plutôt les émotions, les chocs post-traumatiques qui me reviennent des fois. C'est ça, qui m'aide. 11147493</i>
Difficultés/défis rencontrés par les intervenantes dans le au suivi post-LT
<i>Parfois, on pense qu'une fille devrait être évaluée un peu plus, revoir sa médication [...] mais malgré qu'on apporte certaines suggestions, les professionnels, par exemple, des psychiatres ou des médecins, disent « Non, je ne pense pas qu'il y a un problème, non, c'est comme ça et ok ». La fille continue ou la personne continue à avoir certaines problématiques et ça l'empêche d'aller de mieux en mieux. S'il y avait un peu plus d'ouverture. ID</i>
<i>Il manque aussi de professionnels au niveau public. Par exemple, pour l'Asperger, cette femme-là aurait besoin d'avoir un suivi plus avec une psychoéducatrice mais spécialisée pour l'Asperger. Mais ça, c'est plus dans le privé. Donc les séances, ça coûtait 120 \$. La fille est sur l'aide sociale, elle ne peut pas se payer ça. ID</i>
<i>Ce que je trouvais aussi, pour les personnes qui n'ont pas de problème de dépendance, puis qui n'ont pas de problème de santé mentale, c'est dur d'avoir des services psychologiques puis des thérapies, pour aller travailler des blessures en profondeur. Parce que le CLSC, bien elles vont attendre longtemps. Puis ça va être 15 séances, après c'est ça, c'est passé. On dirait qu'il n'y a pas ce ... Il n'existe pas ce service-là. ID</i>
<i>Bien l'engagement, beaucoup, j'ai beaucoup d'annulations de rendez-vous, des personnes qui ne se présentent pas. ID</i>
<i>Nos gestions d'agenda, je sais qu'on en parle. Ce n'est pas toujours évident de mettre les pièces. Aïe! Il faut que je me déplace, ça va me prendre tant de temps. Donc je ne peux pas voir celle-là, là. Mais là, elle, par contre, il faut que je la vois ce soir, parce que elle, elle ne peut pas venir le jour. [...]T'sais cette espèce de jeux de blocs. ID</i>
<i>Il faut toujours prévoir le transport, t'sais mettons je m'en vais à Pointe-aux-Trembles, je ne peux pas être rapidement à la ressource. Il faut que je calcule que ça va me prendre une heure et demie, deux heures avant d'être rendue. Pour regarder les heures pour les autobus, c'est des réflexes qu'il faut développer. ID</i>
<i>Au HLM, ici, quand je disais tantôt, la dernière année est consacrée en grande partie à les aider à se trouver un logement. Les HLM, on n'applique même pas là, hein! Parce que ça prend 6, 7 ans avoir d'avoir une place. Fait qu'on va dans les coops, on va dans certains organismes. À moins, si les femmes ont vécu de la violence, ça, c'est un petit peu plus rapide au niveau des HLM. Mais sinon on n'applique même pas. Ce n'est pas drôle. ID</i>

Tableau 3. Facteurs prédisposant et facteurs de besoin à T1 (n=10)

		Min	Max	n/Moyenne	%/ÉT	
Facteurs prédisposant	Âge	25	64	47,60	12,937	
	Caractéristiques socio-démographiques	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/marié			1	10,0
	Ont des enfants			4	40,0	
	Itinérance chronique ³			9	90,0	
	Détresse psychologique ⁴	15,00	51,00	35,10	11,42	
	Facteurs de besoin	Troubles mentaux (TM)	Total TM			10
Total TMC					5	50,0
Troubles mentaux courants (TMC)		Dépression majeure			5	50
		Syndrome de stress post-traumatique			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: Intégration physique: échelle de 0 à 1; 7=score maximal d'intégration physique

²: Intégration psychologique: échelle de 1 à 5; 20=score maximal d'intégration psychologique

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

⁴: Détresse psychologique: trois échelles différentes; 63=score maximal de détresse psychologique

⁵: Score d'incapacité: échelle de 0 à 5; 55=score maximal d'incapacité

Tableau 4: Suivi par les intervenantes (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 personnes qui ont conservé le même logement (stabilité résidentielle)	8		80,0	
Nombre de personnes qui ont déménagé	2		20,0	
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 rencontres par usagère	Échantillon total		4	16
	Face à face		1	15
	Par téléphone		0	9
Durée du suivi (en minutes)	Échantillon total		1	360
	Face à face		5	360
	Par téléphone		1	40
Lieu de rencontre	Au bureau de la ressource		33	32,0
	Chez la cliente		17	16,5
	Dans un lieu public (ex.: café, parc)		17	16,5
	Suivi téléphonique		36	35,0
Activités de suivi effectuées avec l'usagère	Soutien aux activités quotidiennes (ex.: hygiène personnelle)		89	86,4
	Soutien à la gestion de sa consommation (alcool, drogue)		23	25,3
	Soutien à la gestion de sa médication (psychiatrique, physique)		21	23,1
	Développement des habiletés sociales et interrelationnelles, soutien psychosocial, gestion de crises		101	98,1
	Références ou informations concernant les ressources et accompagnement externe		31	30,1
Sujets de discussion lors des activités de soutien psychosocial	Activités de la vie quotidienne et conditions de vie		80	87,9
	Travail ou étude		31	34,1
	Relations sociales et sexualité (ex.: parents, amis, enfants, etc.)		65	71,4
	Problèmes psychologiques (ex.: stress, détresse, troubles mentaux)		38	41,8
	Violence (physique, verbale, etc.; soi/ou autrui)		14	15,4
	Problèmes avec la justice ou juridiques		3	3,3
	Problèmes de consommation		22	24,2
	Problèmes physiques		25	27,5
Approches d'intervention	Biopsychosociale ou systémique		77	84,6
	Axée sur les forces		78	85,7
	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

Tableau 5. Suivi post-logement transitoire: Satisfaction du suivi à T1 (n=10)

		n	%
Maintien en logement ¹	Complètement insatisfaite	4	40,0
	Très satisfaite	3	30,0
	Complètement satisfaite	3	30,0
Réinsertion sociale	Complètement insatisfaite	3	40,0
	Très satisfaite	4	30,0
	Complètement satisfaite	3	30,0
Réinsertion professionnelle	Complètement insatisfaite	3	40,0
	Très satisfaite	4	30,0
	Complètement satisfaite	3	30,0
Durée du suivi ²	Moyennement en accord	1	10,0
	Fortement d'accord	2	20,0
	Tout à fait en accord	7	70,0
Fréquence du suivi	Faiblement en accord	1	10,0
	Fortement d'accord	3	30,0
	Tout à fait en accord	6	60,0
Longueur des séances	Moyennement en accord	2	20,0
	Fortement d'accord	1	10,0
	Tout à fait en accord	7	70,0
Activités de soutien réalisées	Pas du tout en accord	2	20,0
	Moyennement en accord	1	10,0
	Fortement d'accord	1	10,0
	Tout à fait en accord	6	60,0
Façon de faire ou attitude des intervenantes	Fortement d'accord	3	30,0
	Tout à fait en accord	7	70,0
Facilité de contacter votre intervenant lorsque vous en avez besoin	Pas du tout en accord	1	10,0
	Moyennement en accord	2	20,0
	Tout à fait en accord	7	70,0

¹: Satisfaction du suivi: échelle de 1 à 5; 1=Complètement insatisfait à 5=Complètement satisfait

²: Accord quant au suivi: échelle de 1 à 5; 1=Pas du tout en accord à 5=Tout à fait en accord

Tableau 6. Suivi post-logement transitoire: Type d'aide reçue et satisfaction à T1 (n=10)

			n	%
Améliorer vos connaissances à propos de vos problèmes, leurs traitements ou les services ou activités disponibles pour vous aider	Niveau d'aide reçue ¹	Aucune	2	20,0
		Peu	1	10,0
		Moyennement	2	20,0
		Suffisamment	5	50,0
	Niveau de satisfaction ²	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
Complètement satisfaite		6	60,0	
Améliorer la gestion de votre stress, de vos émotions ou de votre santé mentale globalement	Niveau d'aide reçue	Aucune	3	30,0
		Moyennement	2	20,0
		Suffisamment	5	50,0
	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	3	30,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	5	50,0
Améliorer la gestion de votre consommation ou son arrêt	Niveau d'aide reçue	Aucune	8	80,0
		Moyennement	1	10,0
		Suffisamment	1	10,0
	Niveau de satisfaction	Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	1	10,0
		Complètement satisfaite	8	80,0
Améliorer votre chez soi	Niveau d'aide reçue	Aucune	5	50,0
		Moyennement	1	10,0
		Suffisamment	4	40,0
	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	1	10,0
		Plutôt insatisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Trouver un emploi, retourner aux études ou faire du bénévolat	Niveau d'aide reçue	Aucune	8	80,0
		Moyennement	1	10,0
		Suffisamment	1	10,0
	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	6	60,0
Améliorer vos habiletés globalement, votre estime personnelle ou prendre de bonnes décisions	Niveau d'aide reçue	Aucune	2	20,0
		Moyennement	5	50,0
		Suffisamment	3	30,0
	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	6	60,0
		Complètement satisfaite	2	20,0
Se créer un réseau social	Niveau d'aide reçue	Aucune	5	50,0
		Peu	1	10,0
		Moyennement	2	20,0
		Suffisamment	2	20,0
	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	4	40,0

¹: Niveau d'aide reçue: échelle de 1 à 4; 1=Aucune aide reçue à 4=Suffisamment d'aide reçue

²: Niveau de satisfaction de l'aide reçue: échelle de 1 à 5; 1=Complètement insatisfait à 5=Complètement satisfait

Tableau 7. Comparaison des variables/réponses entre T0 et T1 (n=10, à 6 mois)

		T0	T1	Différences (T1-T0)	P	
		Moyenne	Moyenne			
Facteurs prédisposant	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**	
Facteurs facilitant	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	3,00	0,864***
		Services communautaires	0,80	0,80	0,00	1,000***
		Services publics	1,00	4,00	2,33	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'usagers 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	
Facteurs de besoins	Score 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 fixe

²: Intégration physique: échelle de 0 à 1; 7=score maximal d'intégration physique

³: Intégration psychologique: échelle de 1 à 5; 20=score maximal d'intégration psychologique

⁴: Score d'incapacité: échelle de 0 à 5; 55=score maximal d'incapacité

8. Références

1. MSSS: Politique nationale de lutte à l'itinérance- Ensemble pour éviter la rue et s'en sortir. Québec: Gouvernement du Québec; 2014.
2. Hulchanski JD, Campsie P, Chau SBY, Hwang SW, Paradis E: Homelessness: What's in a word? Toronto, On: University of Toronto; 2009.
3. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA: The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. *American Journal of Public Health* 2010, 100(7), 1326-33.
4. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, Chambers C, Gapka S, Stergiopoulos V: Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC health services research* 2014, 14, 376.
5. Jaworsky D, Gadermann A, Duhoux A, Naismith TE, Norena M, To MJ, Hwang SW, Palepu A: 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* 2016, 93(4), 666-81.
6. Russolillo A, Moniruzzaman A, Parpouchi M, Currie LB, Somers JM: 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* 2016, 16, 60.
7. de Vet R, van Luijelaar MJA, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JRLM: Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *American Journal of Public Health* 2003, 103,(10), e13-e26.
8. MSSS: L'itinérance au Québec. Premier portrait. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux; 2014.
9. Latimer E, McGregor J, Méthot C, Smith A: Je compte Mtl 2015. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015. Montréal, Québec: Ville de Montréal; 2015.
10. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M: L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *INSEE première* 2013, (1455).
11. Green Jr. HD, Tuckera JS, Wenzela SL, Golinelli D, Kennedy DP, Ryana GW: Association of child abuse with homeless women's social networks. *Child Abuse & Neglect* 2012, 36, 21– 31.
12. Conseil du Statut de la Femme: Réflexion sur l'itinérance des femmes en difficulté: un aperçu de la situation. Québec, 2012.
13. Fitzpatrick-Lewis D, Ganan R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdijan F, Hwang SW: Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health* 2011, 11, 638.
14. Kertesz SG, Crouch K, Milby JB, Cusimano RE, Schumacher JE: Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *Milbank Quarterly* 2009, 87(2), 495-534.
15. Société canadienne d'hypothèques et de logement: Logements de transition: objectifs, indicateurs de succès et résultats. 2004, Série socio-économique 04-017.
16. Henwood BF, Derejko K-S, Couture J, Padgett DK: Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health* 2015, 42(2), 220-8.
17. Goering P, VeLThuisen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, Nelson G, MacNaughton E, Streiner DL, Aubry T: Rapport final du projet chez soi. Projet pancanadien. Calgary (Alberta): Commission de la santé mentale du Canada, 2014.

18. Melbin A, Sullivan CM, Cain D: Transitional supportive housing programs: Battered women's perspectives and recommendations. *Affilia* 2003, 18(X), 1-16.
19. Fotheringham S, Walsh CA, Burrowes A: '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* 2013.
20. Greissler E: Le post-hébergement dans les Auberges du coeur: un prolongement ces pratiques d'affiliation, Rapport de recherche: Regroupement des Auberges du Coeur. Recherche financée par la Société d'habitation du Québec; 2014.
21. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD: The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research* 2000, 34(6), 1273-302.
22. Doran KM, Shumway M, Hoff RA, Blackstock OJ, Dilworth SE, Riley ED: Correlates of hospital use in homeless and unstably housed women: the role of physical health and pain. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2014, 24(5), 535-41.
23. Teruya C, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, Gelberg L: Health and Health Care Disparities Among Homeless Women. *Women & Health* 2010, 50(719-736).
24. Chambers C, Chiu S, Scott AN, Tolomiczenko G, Redelmeier DA, Levinson W, Hwang SW: Factors Associated with Poor Mental Health Status Among Homeless Women With and Without Dependent ChiLTren. *Community Mental Health Journal* 2014, 50, 553-9.
25. Patterson ML, Rezansoff S, Currie L, Somers JM: 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* 2013, 3(9), e003442.
26. Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A, Zabkiewicz D, Frankish CJ, Krausz M, Somers JM: Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013, 48(8), 1245-59.
27. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, Becker D, Drake RE: A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia bulletin* 2004, 30(4), 969-82.
28. Gilmer TP, Stefancic A, Katz ML, Sklar M, Tsemberis S, Palinkas LA: Fidelity to the housing first model and effectiveness of permanent supported housing programs in California. *Psychiatric Services* 2014, 65(11), 1311-7.
29. Baumgartner JN, Herman DB: Community integration of formerly homeless men and women with severe mental illness after hospital discharge. *Psychiatric Services* 2012, 63(5), 435-7.
30. Tsai J, Mares AS, Rosenheck RA: Does housing chronically homeless adults lead to social integration? *Psychiatric Services* 2012, 63(5), 427-34.
31. Pankratz C, Nelson G, Morrison M: A quasi-experimental evaluation of rent assistance for individuals experiencing chronic homelessness. *Journal of Community Psychology* 2017, 45(8), 1065-79.
32. Sumerlin JR, Bundrick CM: Happiness and self-actualization under conditions of strain: a sample of homeless men. *Perceptual and motor skills* 2000, 90(1), 191-203.
33. Hallée Y, Bettache M, Bergeron P: L'intégration socioprofessionnelle des personnes en situation d'itinérance: état de la question et proposition d'un modèle conceptualisé à partir de l'institutionnalisme pragmatiste de John Rogers Commons. 2014, 50(<http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/2028>).

34. Aubry T, Duhoux A, Klodawsky F, Ecker J, Hay E: 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* 2016, 58(1-2), 123-35.
35. Hicks AL, Deane FP, Crowe TP: Change in working alliance and recovery in severe mental illness: an exploratory study. *Journal of Mental Health* 2012, 21(2), 127-34.
36. Moran GS, Westman K, Weissberg E, Melamed S: Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Research* 2017, 249, 94-101.
37. Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L: Health care for homeless women. *Journal of General Internal Medicine* 2003, 18(11), 921-8.
38. Walsh CA, Beamer K, Alexander C, Shier ML, Loates M, Graham R: Characteristics of Home: Perspectives of women who are homeless. *Qualitative Report* 2010, 14(2), 299-317.
39. Hudson B, Hardy B: localization and partnership in the new national health services:England and Scotland compared. *Public Administration* 2001, 79(2).
40. Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec: Pour une politique en itinérance tenant compte des multiples visages de l'itinérance au féminin. Commission parlementaire sur le phénomène de l'itinérance au Québec. Montréal: Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec; 2008.
41. Hudson AL, Wright K, Bhattacharya D, Sinha K, Nyamathi A, Marfisee M: Correlates of adult assault among homeless women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2010, 21(4), 1250-62.
42. Baker F, Intaglia J: Quality of life in the evaluation of Community support systems. *Evaluation and Program Planning* 1982, 5, 69-79.
43. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC: 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* 1998, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 4-57.
44. Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A: Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2003, 183, 228-32.
45. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 1995, 56(4), 423-32.
46. Skinner HA: The drug abuse screening test. *Addictive behaviors* 1982, 7(4), 363-71.
47. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM: Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry* 2003, 60(2), 184-9.
48. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, Kessler R: Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States; Results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005, 50(2), 133-49.