



« LA CRÉATION DE LA STABILITÉ »

Programme de logement d'abord pour les hommes à
Hamilton

AUTEUR-RESSOURCE

D^{re} Julia Woodhall-Melnik, Ph.D.

Boursière de recherches postdoctorales, Université McMaster : Department of Health, Aging and Society. Boursière de formation stratégique des IRSC dans le Partenariat de recherches ACHIEVE : Action pour les interventions d'équité en matière de santé, Centre for Research on Inner City Health, le Keenan Research Centre dans le Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St Michael

CHERCHEURS PRINCIPAUX

D^{re} James Dunn, Ph.D.

Professeur agrégé, Department of Health, Aging, and Society, Université McMaster. Scientifique, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael

Dean Waterfield, B.A.

Directeur de Logement et itinérance, Wesley Urban Ministries, Hamilton, Ontario

ADJOINTS À LA RECHERCHE

Amelia Howard, M.A.

Étudiante en doctorat, Department of Sociology & Legal Studies, Université de Waterloo

Stephen Svenson, M.A.

Candidat au doctorat, Department of Sociology & Legal Studies, Université de Waterloo

Biljana Vasilevska, M.Ed.

Coordonnatrice de la recherche, Collaboratory for Research on Urban Neighbourhoods Community Health & Housing, Université McMaster

COMITÉ CONSULTATIF DE LA RECHERCHE

Trevor Hickey (Wesley Urban Ministries), Joanna Stubbs (Wesley Urban Ministries), Jeff Wingard (McMaster Community Poverty Initiative), et Greg Witt (Ville de Hamilton)

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Sur le projet de recherche

woodhallmelj@smh.ca jim.dunn@mcmaster.ca

Sur Transitions to Home

dean.waterfield@wesley.ca

Financé en partie par le gouvernement du Canada par l'entremise de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance.

Cette recherche a été menée par la Collaboratory for Research on Urban Neighbourhoods, Community Health and Housing à l'Université McMaster. Elle a été financée par la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations dans cette publication sont celles de l'auteur et elles ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada. La recherche a été financée en partie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions exprimées sont celles des chercheurs, non pas du gouvernement de l'Ontario, ni du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

AVRIL 2014



Remerciements :

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons découvert la force et la compassion des résidents dans le centre-ville de Hamilton. Nous remercions les membres de notre comité consultatif de la recherche d'avoir consacré leurs ressources et leur temps afin d'assurer le succès de cette recherche. Nous remercions la Ville de Hamilton de son rôle consultatif et de son engagement à cette recherche, ainsi que Mme Louisa Wong de la Ville de Hamilton de son analyse de la base de données de SIPFSA. Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette étude à l'aide l'entrevues, et la fourniture de conseils et d'aide officiels ou non, y compris le Collaboratory for Research on Urban Neighbourhoods, Community Health and Housing (CRUNCH), McMaster Community Poverty Initiative, et les membres du Hamilton Emergency Shelter Integration and Coordination Committee. Nous remercions sincèrement Wesley Urban Ministries et le programme Transitions to Home, ses employés, ses clients, et sa direction d'avoir travaillé avec nous pour effectuer des recherches et produire ce rapport.

Table des matières

INTRODUCTION	- 1 -
CONTEXTE	- 2 -
LA DÉFINITION DE L'ITINÉRANCE À LONGUE DURÉE	- 2 -
LES PARCOURS LIÉS À L'ITINÉRANCE À LONGUE DURÉE	- 4 -
DES BESOINS COMPLEXES.....	- 8 -
L'USAGE DES SERVICES	- 11 -
LES APPROCHES DE TRAITEMENT ET DE LOGEMENT D'ABORD	- 13 -
CONTEXTE : HAMILTON, ONTARIO	- 18 -
LE PROFIL DE BEASLEY	- 21 -
LE PROFIL DE JAMESVILLE	- 22 -
LES SERVICES D'ITINÉRANCE DES HOMMES	- 24 -
LE DÉBUT D'UN MODÈLE DE LOGEMENT D'ABORD À HAMILTON : PROJET PILOTE HOSTELS TO HOMES.....	- 25 -
TRANSITIONS TO HOME : DESCRIPTION ET STRUCTURE DU PROGRAMME.....	- 27 -
LES MÉTHODES.....	- 30 -
LES ENTREVUES QUALITATIVES	- 31 -
Échantillon	- 31 -
Le recrutement	- 32 -
La collecte de données	- 33 -
L'analyse.....	- 34 -
Les considérations éthiques	- 34 -
ANALYSE QUANTITATIVE	- 35 -
LES RÉSULTATS.....	- 37 -
LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ÉCHANTILLONS	- 37 -
Tableau 1 : Âge en années au moment de la première visite d'un refuge d'urgence par population.....	- 38 -
Figure 1 : Âge des participants de T2H en catégories de 10 années	- 39 -
Figure 2 : Composition d'âge des participants de T2H et des utilisateurs des refuges pour les hommes en catégories de dix années.....	- 41 -
Tableau 2 : Âge moyen et groupe d'âge pour l'échantillon qualitatif pour les participants de T2H et les non participants	- 41 -

Tableau 3 : Notes ajustées du Multnomah Community Ability par groupe de participants	41 -
DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME	42 -
LA SANTÉ, LA SANTÉ MENTALE, ET LA TOXICOMANIE	43 -
LES PARCOURS VERS L'ITINÉRANCE ET LES EXPÉRIENCES AVEC L'USAGE DES REFUGES	46 -
LES AIGUILLAGES ET L'ENGAGEMENT AU PROGRAMME T2H.....	47 -
Figure 3 : Pourcentage de tous les aiguillages au programme par source.....	49 -
LES OBSTACLES DU RECRUTEMENT ET DE L'ENGAGEMENT	49 -
LA SITUATION DU LOGEMENT	53 -
Tableau 4 : Situation du programme des aiguillages inactifs de T2H (N=854).....	54 -
Tableau 5: Durée de l'implication dans le programme pour les aiguillages inactifs à T2H en jours (N=854).....	54 -
Tableau 6 : Résultats du logement des aiguillages inactifs à T2H (N=854)	54 -
Tableau 7 : Résultats de logement des aiguillages inactifs à T2H par situation (N=854)	55 -
Tableau 8 : Situation actuelle de logement des participants inactifs par durée du contact avec le programme.....	56 -
Tableau 9 : Situation actuelle de logement des participants actifs (N=160).....	57 -
Tableau 10 : Situation actuelle de logement des participants actifs par année d'inscription au programme T2H (N=160).....	58 -
Tableau 11 : Déménagement à des types de logement stable par type, suivi par historique de déménagements inscrits (N=1291).....	59 -
LES EXPÉRIENCES PAR RAPPORT AU LOGEMENT	59 -
L'USAGE DES SERVICES	62 -
Tableau 12 : Usage inscrit des services des participants de T2H, suivi par l'historique des déménagements inscrits (N=1291).....	62 -
Tableau 13 : Durée et nuits passées dans des refuges d'urgence	63 -
Figure 4 : Nombre total de nuits que les participants de T2H ont passé dans des refuges d'urgence depuis le 4 janvier 2010.....	64 -
Figure 5 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui ont été aiguillés au programme en 2010- 66 -	66 -
Figure 6 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui étaient aiguillés au programme en 2011- 66 -	66 -
Figure 7 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui étaient aiguillés au programme en 2012- 67 -	67 -
Tableau 14 : Usage par type du service interne du programme Transitions to Home	70 -
LES RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS ET DES EMPLOYÉES POUR LE PROGRAMME T2H	72 -
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	75 -
DES LEÇONS POUR D'AUTRES COMMUNAUTÉS QUI CHERCHENT À METTRE EN ŒUVRE UN PROGRAMME DE LOGEMENT D'ABORD	80 -
CONCLUSION.....	82 -
RÉFÉRENCES.....	83 -



INTRODUCTION

Depuis les années 1980, il y a eu une forte augmentation de l'itinérance au Canada (Gaetz, 2010; Hulchanski, 2009). À Hamilton, un grand nombre de personnes risquent actuellement l'itinérance. Selon les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de recensement de 2011, 42,5 % des locataires de Hamilton dépensent 30 % ou plus de leur revenu du ménage sur le loyer (Statistique Canada, 2013). Au Canada, dépenser plus de 30 % du revenu du ménage sur le loyer ou les paiements hypothécaires est considéré vivre en dessous du seuil du logement abordable. De plus, allouer plus de 50 % du revenu du ménage au loyer place les ménages dans la catégorie de risque élevé d'éprouver l'itinérance, ce qui suggère qu'un ménage qui loue sur cinq à Hamilton est considéré comme étant à risque élevé.

Les lacunes sur le plan de logement abordable ont contribué à la crise actuelle de l'itinérance au Canada. Selon M. Hulchanski (2009), les réductions des dépenses du gouvernement sur le logement social dans les années 1980 et 1990 sont l'un des plus grands facteurs de la crise de l'itinérance qu'éprouve actuellement notre pays. Il prétend que la solution de ce problème est des contributions financières accrues et continues et des engagements de tous les ordres de gouvernement. Des programmes, des politiques, et des investissements convenables et réactifs devraient en fin de compte mener à une diminution du besoin d'un financement alors que les coûts associés au service baissent (Hulchanski, 2009). Néanmoins, malgré ces recommandations, des subventions pour un logement abordable demeurent inadéquates et les listes d'attente pour un logement social demeurent élevées.

En 2011, le gouvernement fédéral a répondu à la crise de l'itinérance au Canada avec du financement supplémentaire livré par l'entremise de la Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance. Ce financement a été octroyé à 61 communautés au Canada, dont 22 se trouvaient en Ontario. Hamilton a été incluse en tant que région désignée et elle a reçu ce financement. L'une des exigences du financement de la Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance était que chaque municipalité désignée doit développer un plan communautaire pour aborder ou mettre fin à l'itinérance (gouvernement du Canada, 2013a). Le gouvernement du Canada a récemment annoncé ses plans de renouveler le financement de la Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance pour des communautés désignées en 2014. Des parts importantes de ce financement doivent être utilisées pour soutenir les modèles de Logement d'abord dans les municipalités qui



exigent un investissement important dans des programmes afin de répondre aux préoccupations concernant l'itinérance (gouvernement du Canada, 2013b).

Selon les recherches, les logements des modèles de Logement d'abord pour les personnes qui ont d'autres vulnérabilités (par exemple : une maladie mentale, des troubles liés à la toxicomanie, fonctionnent bien dans certaines communautés (Atherton et Nicholls, 2008; Goering et coll., 2011; Hwang et coll., 2009; Commission de la santé mentale du Canada, 2012; Tsemberis, 2010). Cependant, Kertesz et coll. (2009) maintiennent que la mise en œuvre de ces programmes devrait tenir en compte les complexités, au sein de la communauté, et la diversité des communautés. Compte tenu de l'annonce récente du gouvernement fédéral que des parts du prochain financement de la Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance sont désignées pour des programmes de Logement d'abord, l'évaluation et la compréhension des initiatives convenables de Logement d'abord basée sur l'emplacement sont devenues de plus en plus importantes et pertinentes au sein de l'élaboration des politiques de logement du Canada. Ce rapport contribue à cette évaluation nécessaire au sein du contexte de la Ville de Hamilton. Spécifiquement, nous présentons des données pour répondre aux deux questions suivantes : 1) Est-ce que le programme Transitions to Home (T2H) a réussi à améliorer les résultats pour ses participants? et 2) Quelles sont les forces et les faiblesses d'opérer un programme de Logement d'abord dans la Ville de Hamilton?

CONTEXTE

LA DÉFINITION DE L'ITINÉRANCE À LONGUE DURÉE

L'itinérance est un vaste problème social très coûteux au Canada. Graham et Schiff (2010) estiment qu'il y a de 150 000 à 300 000 personnes sans abri au Canada et que les dépenses gouvernementales varient de trois à six milliards de dollars par année. Gaetz et coll. (2013) ont récemment conclu que le coût annuel de l'itinérance au Canada est sept milliards de dollars. Malgré ces investissements, l'itinérance continue d'être un problème dans plusieurs villes au Canada.

En général, l'itinérance est un terme très complexe. Daly (2013) soutient que les définitions de l'itinérance doivent être suffisamment générales pour inclure la diversité de la population ayant un logement précaire. Cette



définition devrait inclure ceux qui vivent dans des conditions non abordables, car ils éprouveront probablement une perte de logement au cours de leurs carrières de location. Il considère l'itinérance en tant que continuum, avec ceux qui sont inadéquatement logés à l'une extrémité et ceux qui habitent dehors, ou qui dorment dehors, qui occupent l'autre extrémité. Cependant, Daly (2013) soutient que ceux qui éprouvent l'itinérance partagent des expériences communes d'isolement social et de pauvreté économique, bien que la sévérité de l'isolement et de la privation varie considérablement chez les personnes sans abri.

Bien que nous reconnaissons le besoin de développer des définitions générales et inclusives de l'itinérance, dans la présente étude, nous définissons l'itinérance en tant que résider dans des refuges d'urgence, ainsi que de ne pas avoir un abri ou d'éprouver une itinérance absolue et de dormir dehors. Cette définition de l'itinérance décrit le mieux la population visée dans cette étude. De plus, cette définition est la définition la plus souvent utilisée de l'itinérance dans les documents de recherche de la santé (Hwang, 2001).

Il y a des variations dans la longueur des épisodes d'itinérance au sein de cette population. Le nombre de nuits passées dans des refuges d'urgence ou sans abri est une mesure utilisée fréquemment pour le calcul des courts et longs épisodes d'itinérance (voir : Tsai et coll., 2010). Cependant, le nombre de jours utilisé pour mesurer l'itinérance à courte durée et à longue varie basée sur l'étude et la région, et ces catégories sont souvent opérationnalisées de manière inégale. Par exemple, à Norway, l'itinérance à longue durée s'applique aux personnes qui sont sans abri depuis plusieurs années, tandis que d'autres chercheurs utilisent des définitions moins normatives qui sont assez générales pour inclure des variations dans les trajectoires de logement (Flato et Johannessen, 2010).

Dans leur étude de l'itinérance chronique aux États-Unis, Caton et coll. (2007:1) conceptualisent le terme chroniquement sans abri d'une façon plus générale. « Chroniquement sans abri; c'est-à-dire, des adultes isolés avec des affections incapacitantes qui éprouvent de longues ou nombreuses périodes d'itinérance. » Cette définition inclut la longueur et le nombre d'épisodes d'itinérance. Néanmoins, ce qui constitue long ou nombreux n'est pas clairement défini. La Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance fournit deux définitions de l'itinérance à longue durée. La première, l'itinérance chronique, s'applique aux personnes qui ont été sans abri pendant 6 mois ou plus au cours de la dernière année. L'itinérance épisodique s'applique aux personnes qui ont éprouvé deux épisodes ou plus d'itinérance au cours de l'année dernière (ESDC, 2014). En tant que fournisseur de services financé par l'entremise de la Stratégie des partenariats de la lutte contre l'itinérance, le programme T2H de Wesley Urban Ministries considère que ceux qui habitent à un refuge



d'urgence pendant plus de 30 jours éprouvent une itinérance à longue durée (Wesley Urban Ministries, 2013). Aux fins de la présente étude, nous avons utilisé la définition de l'itinérance à longue durée de T2H. Cependant, il est important de prendre en note que notre revue de la littérature inclut des études qui opérationnalisent ce concept de diverses façons.

LES PARCOURS LIÉS À L'ITINÉRANCE À LONGUE DURÉE

L'usage à longue durée des refuges est moins commun que l'usage à court terme. Une étude récente menée par Gaetz et coll. (2013) a révélé que la médiane de l'habitation dans un refuge d'urgence au Canada est 50 jours. Cependant, la majorité des personnes qui utilisent les refuges occupent des lits pendant moins d'un mois, et 29 % y restent seulement une nuit (Gaetz et coll., 2013). Selon les recherches, la population des personnes sans abri à longue durée représente une petite proportion de la population totale des personnes qui utilisent des refuges (Caton et coll., 2005; Culhane et coll., 2011; Gaetz et coll., 2013). Cependant, cette population comparativement petite a tendance à accéder à un nombre disproportionnellement élevé de systèmes et de services publics et de santé (Culhane et coll., 2011; Gaetz et coll., 2013).

Les personnes qui éprouvent l'itinérance à longue durée ont souvent différentes trajectoires de vie que celles qui éprouvent des périodes plus courtes de perte de logement ou d'instabilité. Chamberlain et Johnson (2011) décrivent cinq parcours à l'itinérance chez les adultes. Ils incluent : 1) des crises de logement, 2) des ruptures familiales ou d'union, 3) l'usage de drogues, 4) des expériences de maladie mentale, et 5) des expériences de précarité de logement pour les jeunes qui mènent à l'itinérance chez les adultes (Chamberlain and Johnson, 2011). Ils maintiennent que ceux qui éprouvent une maladie mentale et l'abus d'alcool ou d'autres drogues sont disproportionnellement représentés dans la population d'itinérance à longue durée, qui résulte de la disponibilité insuffisante de soutiens et d'options limitées de sortie. L'incapacité d'obtenir des soutiens convenables et efficaces engendre des périodes plus longues d'instabilité de logement au sein de cette population.

Tout comme d'autres personnes ont suggéré, nous soutenons que les facteurs qui mènent à l'itinérance ne peuvent pas être considérés en tant qu'un isolement l'un de l'autre. À l'encontre, nous devons considérer les parcours à l'itinérance comme étant pavés avec les liens complexes entre des inégalités et le traumatisme au niveau individuel et sociétal (Frankish et coll., 2005). Dans cette section, nous discutons nombreux parcours à



l'itinérance. Cependant, nous le faisons en partant du principe qu'aucun de ces parcours ne soit linéaire ou mutuellement exclusif.

Les plus courtes périodes d'itinérance sont souvent associées à la capacité d'accéder à des ressources convenables. En examinant les facteurs de risque pour l'itinérance à longue durée, Caton et coll. (2005) ont découvert que les personnes qui étaient sans abri à courte durée étaient souvent plus jeunes, elles avaient de bons mécanismes d'adaptation, elles étaient capables d'accéder à un soutien familial, et elles n'avaient aucun antécédent d'arrestation criminelle. De plus, ils ont découvert qu'il n'y avait aucune différence importante de la longueur de l'itinérance résultant de la toxicomanie dans la classe DSM-IV. Cependant, ils ont découvert que les personnes qui avaient un antécédent de participation à des programmes de traitement pour la toxicomanie avaient un risque plus élevé de demeurer sans abri pendant de plus longues périodes de temps (Caton et coll., 2005). Cette preuve suggère que l'usage de programmes de traitement pour promouvoir la volonté d'avoir un logement peut être en grande partie inefficace. Cependant, elle suggère aussi que les caractéristiques familiales et le degré de stabilité dans l'enfance ont un impact sur les trajectoires du logement.

De la documentation qui aborde les caractéristiques des personnes qui éprouvent l'itinérance à longue durée est survenue à la fin des années 1980 et au début des années 1990. À l'aide d'augmentations évidentes de l'itinérance qui a eu lieu dans le nord dans les années 1980, les chercheurs ont commencé à examiner les différences entre les personnes qui étaient rapidement relogées et celles qui ont passé plus de temps dans des refuges ou à dormir dans les rues. Ceci a engendré un consensus que ce dernier groupe avait des niveaux plus élevés de maladie mentale et de toxicomanie (Bassuk et Rosenberg, 1988; Breakey et Fischer, 1990; Drake et coll., 1991; Koegel et coll., 1988; Shlay et Rossi, 1992). De plus, des conclusions sont survenues que plusieurs de ces personnes éprouvent simultanément une maladie mentale et la toxicomanie (Drake et coll., 1991). Ces conclusions ont commencé à souligner les besoins et les réalités complexes de cette population.

La documentation actuelle continue de souligner le rôle de troubles mentaux concurrents ou de double diagnostic dans la contribution d'expériences d'itinérance à longue durée (Chwastiak et coll., 2012; Grinman et coll., 2010). Cependant, des facteurs supplémentaires mènent à la perte d'abri chez les populations d'itinérance à courte durée et à longue durée. Subir un traumatisme lors de l'enfance augmente les risques de perte de logement à l'âge adulte (Buehler et coll., 2000; Hamilton et coll., 2011; Tsai et coll., 2011). De plus, des conclusions récentes suggèrent qu'un traumatisme subi lors de l'enfance est aussi positivement corrélé avec la déficience de comportement neurologique et la maladie mentale chez les personnes qui éprouvent l'itinérance



(Kim et coll., 2010; Pluck et coll., 2011). Ceci suggère le besoin d'examiner le traumatisme lors de l'enfance et ses contributions à l'itinérance en général, et, plus spécifiquement, à l'usage d'un refuge à plus longue durée éprouvé par ceux qui ont des troubles mentaux.

Les maladies mentales sont fréquemment citées en tant que contributeurs à l'itinérance. Dans leur étude de patients qui accèdent à des centres de traitement de santé mentale pour une maladie sévère, Folsom et coll. (2005) ont découvert que 15 % des patients qui reçoivent un traitement vivaient dans les rues ou dans des refuges d'urgence. Ils indiquent que ceux qui souffrent de schizophrénie et de trouble bipolaire ont des risques plus élevés d'itinérance que ceux qui sont traités pour des troubles majeurs de dépression. Ceci suggère le besoin d'interventions convenables de logement pour ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale.

La désinstitutionnalisation, ou le congé d'hôpitaux traditionnels ou psychiatriques peuvent mener à l'instabilité de logement ou à l'itinérance. Ceux qui éprouvent l'institutionnalisation pour une maladie physique et mentale doivent souvent trouver de nouveaux arrangements de logement quand ils quittent les hôpitaux. Ceci peut poser des problèmes, car plusieurs de ces personnes éprouvent la pauvreté. Des logements abordables sont limités et ceux qui souffrent de maladies peuvent éprouver des contraintes supplémentaires alors qu'ils essaient de trouver rapidement un logement convenable et abordable (Forchuk et coll., 2011). Ceci peut mener à une augmentation de l'usage de refuges d'urgence ou bien à un usage de plus longue durée.

Il est important de considérer les expériences de traumatisme lors de l'enfance quand les contributions à l'itinérance à longue durée sont examinées. Les personnes qui ont des antécédents de traumatisme lors de l'enfance auront probablement leurs premières expériences d'itinérance à des âges beaucoup plus jeunes. Il est plus probable qu'ils souffriront de formes extrêmes de toxicomanie (Tsai et coll., 2011). Cependant, dès qu'elles sont inscrites à des programmes de logement supervisé, ces personnes réussissent tout aussi bien que celles qui n'ont pas éprouvé un traumatisme lors de l'enfance. Les conclusions de Tsai et coll. (2011) suggèrent que le traumatisme lors de l'enfance contribue à l'itinérance et à la toxicomanie. Cependant, ils constatent que le logement supervisé est encore utile pour promouvoir la stabilité à longue durée.

Notre recherche de la documentation indique que la majorité des recherches actuelles menées sur la santé se concentrent sur les implications négatives sur la santé et le risque plus élevé de blessure chez les personnes sans abris ou les mal-logés. Cependant, une étude récente des résidents de parcs a révélé que la détérioration de la santé ou bien la mauvaise santé ont mené à des options limitées de logement pour certains des résidents de ces



parcs (Newton, 2011). Une blessure physique grave, menant à la perte de revenu et à des options limitées de logement, empêche souvent les personnes à se réintégrer dans la population active, menant à une incapacité de rétablir un logement durable. Cette étude indique qu'il peut être important de considérer une blessure physique et une mauvaise santé en tant que des contributeurs et des conséquences de logement précaire et d'itinérance.

De même, la documentation sur les lésions cérébrales acquises et les troubles cognitifs est principalement visée sur ces maladies comme un résultat de l'itinérance. Il y a peu d'études qui les ont examinés comme menant à la précarité du logement (Spence et coll., 2004). Cependant, il y a certaines preuves que les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises et de troubles cognitifs ont un risque plus élevé de devenir une personne sans abri que d'autres (Backer et Howard, 2007; Spence et coll., 2004). Dans leur examen de la documentation, Spence et coll. (2004) soutiennent qu'il y a un nombre plus élevé de trouble cognitif au sein de la population sans abris et ceci peut agir de parcours à la précarité du logement en raison d'impacts négatifs sur l'intégration sociale. De plus, la schizophrénie, la toxicomanie, les maladies neurologiques progressives, les lésions cérébrales acquises, et les maladies développementales sont toutes associées au risque plus élevé d'itinérance (Backer et Howard, 2007). La recherche limitée effectuée sur les lésions cérébrales acquises et les maladies cognitives suggère le besoin d'examiner davantage leur rôle en tant que causes et résultats associés à l'itinérance.

La criminalité est aussi un contributeur à l'itinérance. Cependant, dans quelle mesure est contribué à l'itinérance à longue durée est encore inconnue. En analysant l'usage des refuges dans la ville de New York, Metraux et Culhane (2006) ont déterminé que presque un quart des utilisateurs des refuges avaient un antécédent d'incarcération récente. De plus, environ 17 % de cette population a accédé à des refuges directement de la prison. Travis et coll. (2001) attribue une grande proportion de l'instabilité résidentielle chez les contrevenants récemment libérés à des problèmes avec la réintégration dans la société. Une preuve récente commence à suggérer que les luttes avec la réintégration sont associées à l'itinérance chronique ou à longue durée (Baldry et coll., 2006). Ceci est problématique, car l'institutionnalisation contribue non seulement à l'instabilité résidentielle et à l'usage des refuges, ces résultats mènent souvent au récidivisme criminel et à l'incarcération subséquente (Baldry et coll., 2006). L'instabilité résidentielle et économique, associée à la libération de la prison, contribue à l'itinérance. Cependant, des recherches supplémentaires sont requises pour découvrir toutes les implications à longue durée de l'incarcération à cette population spécifique (Metraux et Culhane, 2006).

De nombreuses périodes prolongées d'itinérance mènent à un risque plus élevé qu'une personne demeurera sans abri ou qu'elle deviendra une partie de la population sans abri à longue durée. Johnson et Chamberlain (2008)



encadrent ce phénomène à l'aide d'un concept d'adaptation sociale. Alors que les personnes demeurent sans abri, il est plus probable qu'elles s'adapteront à un mode de vie sans abri. En ce sens, être sans abri devient la nouvelle norme alors que les personnes deviennent plus enracinées dans la culture de la rue et l'itinérance. Elles forment des liens sociaux et elles apprennent à s'adapter à la vie sur les rues ou dans le système de refuge.

D'autres chercheurs encadrent l'exposition à l'itinérance, menant à l'itinérance prolongée, comme une contribution à un engagement profond ou efficace à la vie et à la culture de la rue. Dans leur étude des enfants de la rue, Auerswald et Eyre (2002) ont déterminé que les enfants sont devenus enracinés dans la culture de la rue au cours du processus de trouver des façons de répondre à leurs besoins de base. Ces conclusions suggèrent que le plus longtemps qu'une personne demeure sans abri, la plus désengagée elle devient de la société dominante. L'une des normes associées avec la culture de la rue est la méfiance des systèmes et des services traditionnels conçus pour aider les personnes sans abris (Wasserman et Clair, 2010). Ceci mène au désengagement avec les personnes perçues comme une autorité, les fournisseurs de services, et les institutions dominantes.

L'une des causes les plus fondamentales de l'itinérance à longue durée et à courte durée est le manque de logement abordable au Canada. Le Canada a le deuxième plus petit secteur de logement social de tous les pays occidentaux, ce qui entraîne des options limitées de ménages à faible revenu dans des marchés de locations de plus en plus coûteux (Hulchanski, 2002). Le coût élevé de biens locatifs et de biens privés a fait en sorte que plusieurs ménages à faible revenu et à revenu moyen éprouvent un besoin impérieux de logement abordable (Laird, 2007). Des chercheurs soutiennent que le système de logement social du Canada n'est pas suffisamment vaste et que l'investissement dans des logements et des suppléments au loyer sont requis pour prévenir les ménages de devenir sans-abri (Bryant, 2003; Hulchanski, 2002).

DES BESOINS COMPLEXES

Comme indiqué dans la section précédente, diverses différentes inégalités, problèmes de santé, et des facteurs économiques et environnementaux contribuent à l'itinérance à longue durée. Cependant, l'itinérance prolongée



peut aussi contribuer au développement d'une mauvaise santé, de mauvaise adaptation sociale, de problèmes mentaux et de dépendances, de criminalité, et de désengagement social chronique. Notre examen de la documentation de la littérature académique et de la littérature grise révèle que les parcours traditionnels à l'itinérance sont aussi des conséquences d'itinérance chronique ou de longue durée. Nous discutons brièvement certaines des conséquences ou des résultats associés à demeurer sans abri et nous soulignons la littérature qui discute les implications systémiques de l'itinérance à longue durée.

Le plus longtemps que les personnes demeurent sans abri, le pire devient leur santé et bien-être généraux. L'usage prolongé des refuges d'urgence est associé au risque plus élevé de maladie (Frankish et coll., 2005). En raison du surpeuplement, les personnes qui occupent des refuges d'urgence sont considérées à risque élevé de contracter des maladies contagieuses telles que l'influenza, la tuberculose (TB), et la bronchite (Badiaga et coll., 2008; 2009). Quand ces maladies demeurent non-traitées, le risque de développer des conditions sérieuses et qui mettent la vie en danger augmente.

Ce qui est peut-être encore plus inquiétant, les personnes sans abris éprouvent un risque plus élevé de développer des maladies chroniques ou aiguës, y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B, et l'hépatite C (Badiaga et coll., 2008). Cependant, ces virus transmissibles par le sang sont plus communs chez ceux qui dorment dans la rue, car les taux d'usage de drogues intraveineuses ont tendance à être plus élevés chez cette population. Des recherches révèlent que la population qui utilise les refuges d'urgence a des taux plus élevés de maladies contagieuses que de maladies transmissibles par le sang. Cependant, ces maladies peuvent engendrer des implications sérieuses de santé si elles ne sont pas traitées rapidement et complètement (Badiaga et coll., 2008).

En plus de développer des maladies périodiques et aiguës, ceux qui demeurent sans abri pendant de plus longues périodes de temps ont des risques plus élevés de blessure physique (Barrow et coll., 1999. Dans leur étude de l'itinérance à Toronto, Hwang et coll. (2008) ont découvert que 30 % des personnes sans abris avec des lésions cérébrales les ont acquises après être devenus sans-abri. Il arrive souvent que ces blessures soient le résultat de victimisation et de traumatisme liés aux problèmes mentaux, à la toxicomanie, à des activités à la recherche de drogues, à la consommation de l'alcool, et aux crises (Padgett et Struening, 1992; Svoboda et Ramsay, 2013). Ceux qui ont éprouvé des lésions cérébrales ou des traumatismes crâniens ont un risque plus élevé de subir des blessures futures et le temps entre les blessures baisse avec chaque blessure subséquente (Svoboda et Ramsay, 2013).



Bien que les maladies mentales soient souvent considérées comme des contributeurs à l'itinérance à longue durée, ces maladies peuvent se développer ou s'empirer alors que les personnes demeurent sans abri. Des sentiments de désespoir, d'incertitude concernant le futur, de peur de victimisation, et d'isolement de la société dominante contribuent à la dépression, à l'anxiété, et à diverses autres maladies mentales (Villanueva, 2004). Selon Martins (2008), les personnes sans abri se sentent souvent invisibles aux fournisseurs des soins de santé et aux autres qui ne sont pas marginalisés dans la société. Ceci engendre plus de sentiments de déconnexion sociale et d'isolement (Votta et Manion, 2004). De plus, ceci peut engendrer le mauvais usage des services des soins de santé, qui est associé à une baisse d'expériences de santé, de santé mentale, et de bien-être (Martins, 2008).

Comme il a été mentionné précédemment, le plus longtemps une personne demeure sans abri, la plus enracinée elle devient dans une culture qui normalise la vie, les valeurs et les cultures dans la rue. En d'autres mots, les personnes qui demeurent sans abri pendant de plus longues périodes de temps commencent à s'adapter à l'itinérance en tant que mode de vie (Johnson et Chamberlain, 2008). Selon Thompson et coll. (2006), la culture de la rue souligne la méfiance à ceux qui sont considérés comme ayant des postes de puissance et d'autorité. Cette méfiance résulte d'expériences négatives du passé avec des systèmes sociaux traditionnels et des symboles d'autorité, et du stigmate qu'éprouvent les personnes sans abri. Ceci suggère qu'il peut être plus difficile d'engager ces personnes à l'usage des modèles traditionnels de service de provision de services sociaux, car elles font partie d'une culture de méfiance.

Il est extrêmement difficile d'engager les personnes qui sont devenues méfiantes d'agences de services sociaux et de soins de santé et de symboles d'autorité (Caton et coll., 2007; Fisk et coll., 2006; Park et coll., 2002; Zerger, 2002). Selon Zerger (2002), l'engagement désigne une période de temps directement après un contact initial avec une agence, une institution ou un employé social. Lors de cette période de temps, une personne choisit son niveau d'implication dans un programme. La résistance de s'engager lors de cette période entraîne souvent des résultats insatisfaisants, car l'individu ne se lie pas et n'utilise pas les ressources qui lui sont offertes. Il peut être extrêmement problématique pour les fournisseurs de services d'engager des personnes qui éprouvent l'itinérance dans un programme conçu pour améliorer leurs résultats de logement.

Ceux qui éprouvent l'itinérance ont un risque plus élevé de victimisation (Kushel et coll., 2003; Lee et coll., 2010). Cependant, l'itinérance est aussi associée aux augmentations d'activités criminelles et d'incarcération (McNiel et coll., 2005). En particulier, l'itinérance est associée à une plus grande implication dans une activité



criminelle non violente (Fischer et coll., 2008). L'activité criminelle chez la population sans abri est souvent associée à la maladie mentale. Cependant, Draine et coll. (2002) soutiennent que la pauvreté est un meilleur facteur explicatif pour le crime chez cette population. Faire face à la pauvreté extrême est offert comme explication pour les augmentations des activités criminelles non violentes chez la population sans abri.

Les personnes qui ont été sans abri pendant de plus longues périodes de temps peuvent éprouver des difficultés et des obstacles extrêmes quand elles essaient de trouver indépendamment un logement. En examinant les personnes sans abri qui souffrent de maladies mentales, Mojtabai (2005) a découvert de nombreux obstacles pratiques pour trouver un logement, affirmant que même quand elles ont l'argent pour le faire, ces personnes manquent les ressources requises pour obtenir du logement. Ces ressources peuvent inclure une attestation de revenu ou d'emploi, des lettres de recommandation des anciens locataires, et de bonnes cotes de solvabilité. Les personnes sans abri sont souvent jugées par leurs locataires et leur capacité de fournir une preuve de logement stable et d'antécédents économiques sert d'un obstacle important à trouver un logement.

La stabilité de logement est importante pour la santé et le bien-être général. De plus, les recherches soutiennent l'argument que l'obtention d'un logement stable est important pour atteindre la stabilité dans d'autres parties de la vie (Bratt, 2002; Jakubec et coll., 2012; Tsemberis et coll., 2010). Dans leurs examens de la documentation sur la stabilité de logement et la santé des personnes qui souffrent d'une maladie mentale sévère, Kyle et Dunn (2008) soutiennent que la stabilité de logement est essentielle pour obtenir et maintenir une bonne santé. Des recherches suggèrent que maintenir un logement stable est important pour la santé et le bien-être, surtout pour ceux qui éprouvent une maladie mentale.

L'USAGE DES SERVICES

Comme indiqué précédemment, le coût de l'itinérance au Canada est extrêmement élevé (Gaetz et al., 2013; Graham et Schiff, 2010). En plus de ces coûts directs, tels que l'opération des refuges d'urgence et la fourniture de gestion des cas, il y a plusieurs coûts indirects associés aux besoins complexes de la population sans abri. Cette section présente les conclusions associées aux tendances d'usage des services. Spécifiquement, notre



examen de la littérature souligne l'usage des services d'urgence, des services médicaux d'urgence (SMU), et des services policiers. Ces programmes sont financés par le public et ils sont coûteux à opérer.

La population sans abri accède aux services du service d'urgence plus souvent que les personnes qui ont un logement stable (Kushel et coll., 2001; 2002; Witbeck et coll., 2000). Spécifiquement, l'usage fréquent des services d'urgence est associé aux personnes sans abri qui éprouvent une instabilité sévère de logement, la victimisation, les problèmes de toxicomanie, la maladie mentale, et la maladie physique (Kushel et coll., 2002). Les comorbidités, ou bien l'expérience de multiples maladies physiques simultanées augmentent aussi l'usage des services d'urgence chez les populations sans abri (Kushel et coll., 2001). Pearson et coll. (2005) ont découvert que les personnes sans abri accèdent aux services d'urgence quatre fois plus souvent que la population générale et que la durée de leurs visites est habituellement plus longue. Ces conclusions suggèrent que la mauvaise santé et la diminution du bien-être sont associées à l'usage plus élevé des services d'urgence chez la population sans abri.

La documentation concernant l'usage des services des personnes qui éprouvent l'itinérance suggère que les problèmes de santé mentale et de dépendances contribuent à des visites plus fréquentes du service d'urgence (Kushel et coll., 2001; Oates et coll., 2009; Witbeck et coll., 2000). Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de dépendances sont aussi représentées disproportionnellement dans la population sans abri à longue durée (Johnson et Chamberlain). Ceci suggère qu'il est plus probable que la population sans abri à longue durée accèdera plus fréquemment les services du service d'urgence.

En plus de l'usage plus fréquent des services du service d'urgence, il est aussi plus probable que la population sans abri utilisera le SMU (Ku et coll., 2010; Oates et coll., 2009). En comparant 300 patients sans abri à 300 patients abrités, Pearson et coll. (2005) ont découvert que 51 % des patients sans abri sont arrivés aux services d'urgence en ambulance, comparés à 29 % des patients abrités. De même, Oates et coll. (2009) ont découvert qu'il était plus probable que les personnes sans abri arrivent aux services d'urgence en ambulance, malgré des similarités d'urgence du triage. Ces conclusions suggèrent qu'il est plus probable que les personnes sans abri utilisent le SMU pour la transportation aux services d'urgence.

Les personnes sans abri éprouvent des taux plus élevés de contact avec la police. En interviewant 160 utilisateurs de refuges à Toronto, Ontario, Zakrison et coll. (2004) ont découvert que 61 % avaient une forme



quelconque d'interaction avec la police lors de la période précédente de 12 mois. De plus, ils ont découvert que les personnes sans abri méfiaient les agents de police, et que seulement 69 % étaient prêts à appeler la police quand des situations d'urgence se produisaient. Cependant, d'autres chercheurs suggèrent que le refus d'appeler la police lors d'urgences peut résulter d'une peur basée sur la culture de représailles pour stouter (Huey et Quirouette, 2010).

La population sans abri éprouve des taux plus élevés d'emprisonnement, et des périodes plus longues d'incarcération que la population abritée (Larimer et coll., 2009; Zakrison et coll., 2004). Les personnes sans abri qui éprouvent un emprisonnement fréquent ont des taux plus élevés de maladie mentale et elles sont souvent incarcérées pour des crimes de nuisance (DeLisi, 2000). De plus, il est plus probable qu'elles aient de lourds antécédents criminels, et qu'elles étaient incarcérées dans le passé pour des infractions liées aux armes, aux drogues et à l'alcool (DeLisi, 2000). Ces conclusions suggèrent que le système de justice criminelle et l'usage du service de police varient entre les populations sans abri et les populations abritées.

Les conclusions de notre examen de la documentation suggèrent que les personnes sans abri utilisent les services, tels que les services d'urgence, SMU, et les services de justice pénale, différemment et à des taux plus élevés que les personnes abritées. Des recherches récentes révèlent aussi que sécuriser un logement stable pour ces personnes, fourni par l'entremise d'un programme de Logement d'abord, peut baisser l'usage des services chez la population qui est difficile à loger (Gulcur et coll., 2003). La section suivante de notre rapport est dédiée à l'introduction des composantes principales des modèles de Logement d'abord et à la synthétisation de la preuve sur les conclusions associées à ces modèles.

LES APPROCHES DE TRAITEMENT ET DE LOGEMENT D'ABORD

Les modèles de continuum de soins sont traditionnellement utilisés pour aider les personnes qui risquent d'éprouver l'itinérance en Amérique du Nord. En 1995, le continuum de soins est devenu l'approche principale au relogement des personnes qui éprouvent l'itinérance aux États-Unis (Mott et coll., 2012). Ces modèles sont devenus populaires au Canada en 1999 avec l'introduction de l'établissement du gouvernement fédéral de l'Initiative nationale pour les sans-abri (Klodawski, 2009). Dans la documentation, le traitement d'abord, le continuum de soins, et le traitement habituel sont souvent utilisés de façon interchangeable pour discuter le



programme qui relève du mandat traditionnel des modèles de continuum de soins. Cependant, puisque l'objectif de notre rapport est d'accéder à l'utilité de Logement d'abord pour la population sans abri à longue durée, et les modèles de continuum de soins étaient conçus pour aider à toutes les personnes qui éprouvent l'itinérance, nous discutons spécifiquement leur applicabilité au logement de la population visée dans ce rapport.

Les modèles ou les approches de continuum de soins pour aborder l'itinérance sont apparus au Canada et aux États-Unis comme partie du mandat pour que les communautés développent des plans d'action coordonnés de logement (SCHL, 2003; Klodawski, 2009). Selon Burt (2002: i), le continuum de soins est défini en tant que :

[Un]...système local ou régional pour aider les personnes sans abri ou à un risque imminent d'itinérance en fournissant un logement et des services convenables à toute la gamme des besoins des personnes sans abri dans la communauté, allant de la prévention de l'itinérance aux refuges d'urgence au logement permanent.

En d'autres mots, les modèles de continuum de soins sont conçus avec l'objectif d'aborder les besoins de toutes les personnes qui éprouvent une précarité de logement et l'itinérance. Ces programmes sont dites aider les personnes à obtenir l'accès à des services et à des programmes. Ils sont aussi reconnus pour aider les fournisseurs de services, les institutions, et les gouvernements à coordonner l'un avec l'autre pour fournir une gamme de soutiens et de services (Burt, 2002).

Les composantes fondamentales du continuum de soins sont axées sur la fourniture aux personnes de services de logement d'urgence et la transition des personnes à un logement permanent. Selon SCHL (2003) les mécanismes principaux sont : 1) la sensibilisation, l'admission, l'évaluation, et les renvois pour évaluer le besoin, 2) la fourniture de refuges d'urgence avec des services convenables, 3) le logement transitionnel pour aider les personnes à progresser vers l'autonomie, et 4) offrir un logement permanent avec des services de soutien pour les personnes atteintes d'incapacités qui ne peuvent pas être autonomes. Ces composantes illustrent le caractère général des programmes de continuum de soins, car ils sont conçus pour aider diverses personnes qui éprouvent la précarité de logement et l'itinérance.

Le programme de traitement d'abord a traditionnellement été utilisé à Hamilton, Ontario, pour aborder les besoins de la population sans abri (Austen et Sirko, 2003). Les programmes de traitement habituel ou de traitement d'abord sont en vertu du mandat des modèles de continuum de soins. Ces programmes exigent que les personnes accèdent à un traitement pour les dépendances et la santé mentale. Le logement dépend de la



participation au traitement. Dès que l'inscription au traitement est établie, les personnes commencent le processus de voir différents types de logement. Le niveau de soutien baisse alors que les personnes deviennent des « diplômées » de chaque étape de logement. L'objectif ultime du traitement d'avance est que la personne démontre qu'elle est « prête pour un logement. » Si une personne est considérée prête ou non pour un logement est habituellement déterminé par un clinicien et basé sur l'abstinence de l'usage de drogues et l'amélioration de la condition psychiatrique (Gulcur et coll., 2003; Kertesz et coll., 2009; Pearson et coll., 2007; 2009). Dès qu'une personne devient prête pour un logement, elle peut être placée dans un logement indépendant.

Les approches de continuum de soins et de traitement d'abord au relogement peuvent être utiles pour le relogement des personnes qui éprouvent des périodes plus courtes d'itinérance. Cependant, elles sont très critiquées par les défenseurs de Logement d'abord qui se concentrent habituellement sur la fourniture d'un logement pour ceux qui éprouvent des périodes plus longues d'itinérance (Kertesz et coll., 2009). En d'autres mots, la population de personnes qui éprouvent la précarité de logement n'est pas homogène. Différentes sous-populations existent au sein de cette plus grande population. Spécifiquement, les modèles de continuum de soins sont souvent inefficaces pour répondre aux besoins des personnes qui ne prospèrent pas dans des environnements très structurés et restrictifs, car ils exigent que les personnes se conforment à de nombreuses règles et réglementations (Pearson et coll., 2009; Tsemberis et coll., 2004).

Le traitement d'avance est aussi critiqué d'un point de vue de justice sociale. Spécifiquement, l'exigence qu'une personne soit prête pour un logement suggère que les personnes doivent prouver qu'elles conviennent à un logement ou bien qu'elles méritent un logement (Tsemberis et coll., 2004). Cela est contradictoire à la réclamation que le logement soit un droit de base pour tous les humains (Tsemberis, 2010). De plus, le traitement d'abord enlève les éléments d'autodétermination et de choix du traitement (Kertesz et coll., 2009). Exiger l'abstinence et un traitement pour la santé mentale force les participants à se conformer aux normes sociétales concernant les comportements et les modes de vie convenables (Padgett et coll., 2006). Ceci enlève les éléments d'autodétermination et de choix du logement et du traitement. Ceux qui ne peuvent pas se conformer aux conditions de ces programmes demeurent souvent sans abri.

Le modèle de Logement d'abord commence à remplacer les approches traditionnelles de relogement pour la population sans abri à longue durée qui éprouve des dépendances, une maladie mentale, et des troubles concomitants au Canada et aux États-Unis (Gaetz et coll., 2013; Tsemberis, 2010). Ce modèle a été introduit dans les années 1980 (Goering et coll., 2011). Cependant, il a gagné de la popularité quand il a été mis en œuvre



dans la ville de New York par l'entremise de Pathways to Housing en 1992 (Padgett et coll., 2011). L'usage général de ce modèle a commencé au début des années 2000 aux États-Unis et il s'est éventuellement propagé dans des villes au Canada (Gaetz et coll., 2013; Tsemberis, 2010). Le Logement d'abord est reconnu pour permettre les personnes à maintenir le contrôle de leurs propres décisions concernant leur mode de vie et leur traitement, car il n'y a aucune exigence que les participants accèdent à un traitement ou bien qu'ils abstiennent de l'usage des drogues (Pearson et coll., 2009).

Le Logement d'abord est considéré une approche basée sur les preuves pour aborder l'itinérance (Pearson et coll., 2009). La mise en œuvre de cette approche varie souvent entre les communautés et les fournisseurs de services. Cependant, des chercheurs ont souligné clairement les principaux principes des modèles de Logement d'abord. Dans le contexte du Canada, Gaetz et coll. (2013) soutiennent que Logement d'abord implique fournir un accès immédiat au logement, aider avec des liens sociaux et communautaires, fournir un soutien individualisé, offrir des choix aux consommateurs, et être axé sur le rétablissement. Tsemberis (2010) inclut ces éléments au sein de sa description du Logement d'abord. Cependant, il ajoute que les programmes de Logement d'abord devraient séparer les soutiens du logement du traitement. De plus, Pearson et coll. (2009) ajoutent à cela en suggérant que les programmes de Logement d'abord devraient s'engager avec les participants par l'entremise de sensibilisation, utiliser des méthodes de réduction des méfaits, et fournir du soutien pour aider les participants avec le maintien d'un logement. Le plus important thème sous-jacent dans tous ces modèles est que le logement ne dépend pas de l'accès au traitement et de l'abstinence de l'usage de drogues.

Des études qui évaluent l'efficacité de Logement d'abord pour les participants se concentrent sur la compréhension des conclusions dans cinq domaines. Ces domaines sont : 1) l'usage des drogues et les symptômes psychiatriques, 2) la rétention de logement et la satisfaction avec le bail, 3) l'efficacité par rapport au coût, 4) l'usage des services, et 5) la qualité de vie et le bien-être (Woodhall-Melnik, 2014: Under Review). Généralement, les résultats des recherches révèlent que les programmes de Logement d'abord améliorent les résultats pour la population sans abri à longue durée.

L'inscription à programme de Logement d'abord est associée à des améliorations dans la qualité de vie perçue autodéclarée (Bean et coll., 2013; Patterson et coll., 2013). De plus, les participants du programme de Logement d'abord éprouvent des réductions des niveaux de stress (Watson et coll., 2013). Collins et coll. (2012) et Watson et coll. (2013) attribuent la réduction du stress et les sentiments de soulagement à trouver un logement stable et à obtenir un logement avec moins d'obstacles. Malgré des améliorations à la qualité de vie, des



recherches actuelles ne révèlent aucune différence de satisfaction de bail entre les participants de Logement d'abord et du continuum de soins (Robbins et coll., 2009). Ceci suggère le besoin d'examiner davantage la satisfaction de bail en tant que mesure de la qualité de vie pour les participants de Logement d'abord.

Le Logement d'abord est associé à une plus grande stabilité résidentielle (Collins et coll., 2013; Desliva et coll., 2011; Montgomery et coll., 2013; Palepu et coll., 2013; Robbins et coll., 2009; Stefancic et Tsemberis, 2007; Tsai et coll., 2010; Tsemberis et coll., 2004; 2012). En d'autres mots, l'inscription à des programmes de Logement d'abord permet aux personnes de maintenir un logement stable et indépendant pour de plus longues périodes de temps. De plus, le Logement d'abord est associé à des réductions de l'itinérance et à la capacité d'abriter plus rapidement les personnes (Greenwood et coll., 2005; Gulcur et coll., 2003; Tsemberis et coll., 2004). Les participants de Logement d'abord éprouvent aussi des taux plus élevés de rétention de programme (Pearson et coll., 2004; Padgett et coll., 2011). Ceci montre une structure de programme qui encourage l'interaction et l'implication des participants à plus longue durée avec des fournisseurs de services (Stanhope et coll., 2009).

Des évaluations des programmes de Logement d'abord indiquent une baisse générale de l'usage du système de justice criminelle, des refuges d'urgence, des services d'urgence, des services de traitement des dépendances, des hospitalisations (Bean et coll., 2013; Desilva et coll., 2011; Gilmer et coll., 2009; Hanratty, 2011; Padgett et coll., 2006; 2011; Parker, 2010; Srebnik et coll., 2013; Tsemberis et coll., 2004). Des recherches suggèrent aussi que les participants de Logement d'abord éprouvent des augmentations de leur usage de services de santé plus « convenables » ou planifiés, et préventifs, tels que l'usage de médecins de soins primaires et de services de santé mentale pour les patients externes (Bean et coll., 2013; Gilmer et coll., 2009; Parker, 2010). Srebnik et coll. (2013) soutiennent que les programmes de Logement d'abord baissent les coûts associés à l'itinérance à longue durée, résultant de la réduction des dépenses sur l'usage du système de santé d'urgence et de la justice criminelle. Cependant, l'association de Gilmer et coll. (2009) des réductions des coûts et de l'implication du programme de Logement d'abord n'étaient pas statistiquement considérables. Ces conclusions suggèrent que l'augmentation de l'usage de services planifiés et préventifs peut baisser les coûts. Cependant, des recherches supplémentaires sont requises.



Notre examen de la littérature académique sur la toxicomanie et la prévalence de symptômes psychiatriques a généré des conclusions mixtes. Des recherches indiquent que les participants de Logement d'abord éprouvent une amélioration concernant les expériences de symptômes psychiatriques (Greenwood et coll., 2005; Tsemberis et coll., 2012). Cependant, en comparant les participants de Logement d'abord aux personnes inscrites dans les programmes de continuum de soins à New York, Tsemberis et coll. (2004) n'ont découvert aucune différence considérable dans la symptomatologie psychiatrique entre les deux groupes. Il y a aussi des conclusions contradictoires pour l'usage de l'alcool et des drogues, dont certaines études révèlent que le Logement d'abord est associé à la diminution de l'usage et d'autres ne révèlent aucune relation considérable entre les deux (Collins et coll., 2012; Padgett et coll., 2006; Tsemberis et coll., 2004; 2012). Notre examen de la documentation suggère le besoin pour des recherches supplémentaires sur les conclusions de la santé mentale et des dépendances chez les participants de Logement d'abord.

Généralement, les données de base qui ont fourni la base pour l'établissement de programmes de Logement d'abord suggèrent que ces programmes sont avantageux pour améliorer les résultats de la stabilité de logement, de la qualité de vie, et de l'usage des services pour leurs participants. Cependant, Kertesz et coll. (2009) avertissent les décideurs et les fournisseurs de services au sujet de la surgénéralisation des résultats de ces études. En d'autres mots, ils suggèrent que différentes communautés ont différents besoins et que l'application standardisée des modèles de Logement d'abord peut ne pas s'appliquer dans tous les cas. À cet égard, cette étude se concentre spécifiquement sur l'application de Logement d'abord pour les hommes qui éprouvent l'itinérance à longue durée à Hamilton, Ontario. Les sections suivantes fournissent le contexte requis pour mener des recherches au sein de ce lieu spécifique.

CONTEXTE : HAMILTON, ONTARIO

Jusqu'à présent, la majorité des études qui examinent le modèle de Logement d'abord ont donné des résultats positifs qui affirment l'utilité de programmes qui suivent cette approche. Cependant, en discutant l'application des modèles de Logement d'abord dans le contexte européen, Atherton et McNaughton Nicholls (2008) soutiennent que les programmes doivent être adaptés aux contextes locaux. En d'autres mots, assumer automatiquement que les programmes établis par l'entremise d'une pratique à base de preuves dans d'autres



endroits réussira dans des endroits avec différents climats politiques, fournisseurs de services, et populations, place les chercheurs à risque de commettre l'erreur de la surgénéralisation. À cet égard, la section suivante fournit un contexte sur la ville de Hamilton, le programme Transitions to Home, et les facteurs associés à l'itinérance et à la fourniture de services. Afin d'accomplir ceci, nous utilisons l'information trouvée dans la littérature grise, les données de Statistique Canada, et les données de nos entrevues des informateurs clés.

Hamilton est un grand milieu urbain, situé au centre du sud-ouest de l'Ontario. La ville comprend plusieurs plus petites agglomérations, y compris : Ancaster, Dundas, Flamborough, Glanbrook, Hamilton, et Stoney Creek (Ville de Hamilton, 2013a). Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, il y a 708 175 résidents à Hamilton qui occupent 282 185 logements privés (Statistique Canada, 2013). 31,7 % des ménages louent leur logement, avec un loyer moyen de 701 \$, ce qui est 100 \$ de moins que la moyenne provinciale (Statistique Canada, 2007).

Hamilton, Ontario, est une ville unique avec un riche historique d'industrie, qui s'est développée en tant que centre de fabrication avec une spécialisation spécifique dans la production d'acier (Ward, 1937). La majorité des usines de fabrication de Hamilton étaient situées au nord de la ville (Ward, 1937). L'ère après la Deuxième Guerre mondiale a entraîné une haute demande pour l'acier (Hedican, 2012). Pendant plusieurs années, les deux grandes usines d'acier de la ville, Stelco et Dofasco, ont joué un grand rôle en tant qu'employeurs importants, contribuant à la croissance économique et à la prospérité (Holmes, 1991). Plusieurs des participants de cette étude ont discuté leurs expériences à Hamilton dans les années 1960 et 1970. Un participant de T2H a déclaré :

C'était un peu étrange ici à Hamilton à la fin des années 1970 quand j'ai obtenu mon diplôme d'études secondaires. L'université ou le collège n'étaient pas une possibilité. Vous savez, c'était hors de question et je n'avais pas la discipline ni les ressources nécessaires. J'avais autres choses à faire. J'avais des gens à conférer, vous savez ce complexe de Jésus. Mais ici à Hamilton, on pouvait commencer dans les rues Burlington et James et marcher tout au long de la rue Burlington et si l'on arrivait à la fin de la rue avant la fin de la journée et on n'avait pas un emploi qui payait deux fois plus d'argent, il y avait quelque chose de mal avec nous. Vous savez, il y avait beaucoup de bons emplois... Bien oui, toutes sortes d'usines familiales tout au long de la rue Burlington qui avaient toujours besoin de quelqu'un. On entrait tout simplement avec son morceau de papier avec un peu d'information et on obtenait un emploi, ce qui me rends fou aujourd'hui, absolument fou. Vous savez les personnes avec lesquelles j'habite, les



personnes qui sont dans votre étude, nous avons l'ombre d'une chance d'aller et d'obtenir un emploi décent.

Ce participant a parlé d'une époque où un emploi de semi-spécialisation et d'aucune spécialisation était facilement obtenu à Hamilton. À cette époque, il était plus facile pour les personnes de trouver un emploi et de gagner un salaire suffisant. Au début des années 1980, le Canada est entré dans une récession économique, dont le résultat était de grandes pertes d'emplois dans le secteur de fabrication (Holmes, 1991). Les années 1990 ont apporté une perte continue d'emplois au nord de Hamilton. Stelco avait mis à pied des milliers d'employés et plusieurs grandes usines de fabrication ont fermé leurs portes, endommageant sévèrement l'économie de Hamilton qui prospérait jadis (Hedican, 2012; Torjman, et coll., 2002). L'industrie principale de Hamilton a continué de souffrir, Stelco a déclaré faillite en 2004. Hedican (2012) soutient que ceci a affecté plus de 20 000 familles de la classe ouvrière, ce qui entraîne plusieurs saisies hypothécaires et expulsions de propriétés louées au nord de la ville. Depuis lors, Hamilton s'est établi en tant que chef de file novateur de fourniture de soins de santé et de services sociaux. Cependant, la pauvreté continue d'être un problème chronique pour plusieurs ouvriers de faible spécialisation et semi-spécialisés qui étaient déplacés de leurs emplois dans le secteur de fabrication de Hamilton.

En plus des pertes d'emplois et des difficultés économiques associées au déclin du secteur industriel de Hamilton qui prospérait auparavant, les changements apportés aux modèles de traitement de santé mentale en Ontario ont peut-être influencé les résultats de logement pour les personnes qui éprouvent à la fois une maladie mentale et l'itinérance. En 2003, l'Organisation mondiale de la Santé a publié un rapport à la défense de la désinstitutionnalisation, indiquant que des services pour les maladies mentales devraient être fournis dans la communauté. Ils ont soutenu que les services psychiatriques à grande échelle ne sont pas des environnements convenables pour le traitement. Cependant, ils soutiennent aussi que les personnes libérées d'un soin en établissement ou ceux qui sont traitées au sein de la communauté exigent des soutiens plus convenables :

Dans les pays développés, le processus de désinstitutionnalisation au cours des trois dernières décennies a mené à des baisses des populations des hôpitaux mentaux et à la fermeture de plusieurs de ces institutions. Cependant, ceci n'a pas été accompagné d'une fourniture suffisante de services à base



communautaire, qui sont souvent inadéquats et distribués inégalement (Organisation mondiale de la Santé, 2003: 4).

D'une perspective de promotion de la santé, la désinstitutionnalisation donne aux personnes un plus grand choix de traitement. Cependant, afin d'être efficace, le processus de désinstitutionnalisation doit inclure des étapes pour fournir des soins de haute qualité et des ressources convenables au sein de la communauté (Organisation mondiale de la Santé, 2003).

Les chercheurs ont soutenu que la désinstitutionnalisation sans la fourniture de services convenables a engendré des taux plus élevés d'itinérance chez les personnes qui éprouvent la maladie mentale (Collins, 2010; Lamb, 1984; Perlin, 1991). La Hamilton Psychiatric Hospital (HPH), qui était une grande institution qui fournissait un traitement aux hospitalisés, a commencé le processus de désinstitutionnalisation des soins dans les années 1960 (Frankel, 2003). Ceci a engendré l'usage plus élevé des établissements de soins pour bénéficiaires internes dans plusieurs villes qui éprouvaient la suppression de lits, y compris Hamilton. Cependant, malgré l'usage plus élevé des établissements de soins pour bénéficiaires internes, les recherches suggèrent que la désinstitutionnalisation a mené à une plus grande itinérance pour ceux qui éprouvent une maladie mentale (Collins, 2010).

Hamilton est une ville extrêmement diversifiée avec des inégalités géographiques évidentes. En identifiant des quartiers prioritaires dans lesquels examiner l'inégalité, le Social Planning and Research Council of Hamilton (SPRCH, 2012) a indiqué que huit quartiers dans le cœur du centre-ville et à l'est du cœur du centre-ville éprouvent les niveaux les plus élevés de pauvreté et d'inégalité. La majorité de ces quartiers incluent ou sont situés près du nord de Hamilton. Dans ce contexte, nous fournissons de l'information au sujet de deux quartiers spécifiques, Beasley et Jamesville, car ces quartiers sont des centres pour la majorité des services d'itinérance des hommes. Les centres Wesley et Good Shepherd sont situés dans le quartier Beasley, Mission Services est situé sur la frontière des quartiers Beasley et Jamesville, et le Centre Booth de l'Armée du Salut est situé dans le quartier Jamesville.

LE PROFIL DE BEASLEY



Le quartier Beasley éprouve beaucoup d'inégalités sociales. Selon le SPRCH (2012), environ 60 % des résidents dans ce quartier vivent sous le seuil de revenu faible, ce qui indique un quartier très pauvre. La vaste majorité (79 %) des résidents de Beasley sont des locataires et 49 % dépensent plus de 30 % du revenu de leur ménage sur le loyer (SPRCH, 2012). Les niveaux d'éducation dans ce quartier sont assez bas, avec 34 % des adultes âgés de 25 à 64 ans qui indiquent qu'ils n'ont aucun achèvement de scolarité. Généralement, ces statistiques suggèrent un faible statut socioéconomique dans le quartier Beasley.

En plus d'inégalités sociales, ce quartier éprouve aussi des disparités en matière de santé. Une proportion plus élevée de résidents de Beasley (27 %) vit avec des problèmes de mobilité comparée à la moyenne générale de Hamilton (21 %). De plus, l'usage des services d'urgence est assez élevé au sein de ce quartier, avec 480 visites supplémentaires par les 1 000 résidents (SPRCH, 2012). L'âge moyen de décès est de 71,9 ans, ce qui est 3,3 années plus jeune que le restant de Hamilton. Cependant, ces taux peuvent varier au sein de ce quartier.

Deux fournisseurs de services d'itinérance pour les hommes de Hamilton se trouvent dans le quartier Beasley. Le centre Wesley fournit des installations d'utilisation pendant la journée et un programme de repas chaud pour ceux qui sont dans le besoin. Les employés de la gestion des cas pour le programme T2H se trouvent dans le centre principal, ce qui permet aux employés de rencontrer facilement des clients et d'effectuer la sensibilisation dans un quartier qui est très affecté par la pauvreté. Le centre Good Shepherd opère aussi au sein du quartier Beasley. Cette organisation fournit plusieurs services à la population à revenu faible de Hamilton. Cependant, ce qui est le plus important au sujet de ce rapport est le refuge de nuit pour les hommes. Ce refuge est doté de 54 lits de nuit et il fournit aussi un programme de repas chaud.

LE PROFIL DE JAMESVILLE

Le quartier Jamesville est géographiquement plus grand que le quartier Beasley. En raison du grand bassin de population de ce quartier, des variations considérables sont éprouvées à travers la région. SPRCH (2012) soutient que la partie au nord de ce quartier éprouve plus d'inégalités que la région au sud et que l'inclusion de



la partie sud de ce bassin de population fausse artificiellement la statistique de la population pour ce quartier. Néanmoins, nous présentons les conclusions au niveau du quartier, en soutenant que cette statistique représente la meilleure approximation disponible de la population qui réside dans cette région.

Semblable au quartier Beasley, la région de Jamesville éprouve aussi des inégalités socioéconomiques et en matière de santé. En général, les taux d'accession à la propriété à Jamesville sont relativement bas, avec 53 % des résidents qui louent leurs logements. 43 % de ces locataires vivent dans des logements considérés inabordables basés sur leur revenu familial. 35 % des résidents de Jamesville vivent en dessous du seuil de pauvreté (SPRCH, 2012).

En utilisant l'âge moyen du décès en tant qu'approximation de santé, on peut soutenir que Jamesville n'éprouve pas des inégalités en matière de santé (75,9 ans). Cependant, SPRCH (2012) soutient que ceci varie considérablement selon la région du quartier. Ils estiment que l'âge moyen du décès de la partie sud du quartier est plus proche de 80 ans, tandis que l'âge dans la partie nord peut être aussi bas que 67 ans. De plus, l'usage du service d'urgence dans ce quartier est assez élevé. Pour tous les 1 000 résidents, Jamesville éprouve 300 visites supplémentaires du service d'urgence lorsque comparé au reste de Hamilton (SPRCH, 2012). Ceci suggère un usage plus élevée de service dans cette région et une baisse de santé et de bien-être dans la partie nord de la communauté.

Tout comme le quartier Beasley, deux organismes sont situés à Jamesville avec le mandat de fournir un refuge et des services aux hommes qui éprouvent l'itinérance. Mission Services est situé sur la frontière entre Beasley et Jamesville et il fournit des services de refuge d'urgence, avec 58 lits, et un programme de repas chaud. De plus, ils fournissent divers autres services, tels qu'un programme traditionnel de logement basé sur le traitement pour les hommes qui ont des problèmes de dépendances. L'Armée du Salut fournit aussi des services de refuge d'urgence pour les hommes et un programme de repas chaud. Leur refuge a 82 lits de nuit, dans le but de fournir un refuge pour ceux qui en ont besoin.

Il est particulièrement important de noter que les démographies dans ces deux quartiers sont actuellement assez dynamiques. Selon SPRCH (2012), Jamesville a une population de jeunes adultes plus élevée que la moyenne.



Depuis quelques années, cette région est devenue de plus en plus attirante aux jeunes, aux artistes et aux jeunes entrepreneurs, dont le résultat est le commencement de la revitalisation du quartier. De plus, le transport en commun rapide, une grande station de transport urbain, et la revitalisation du quartier associée aux Jeux panaméricains de 2015 sont planifiés pour ces régions (Ville de Hamilton, 2013b; 2013c). Grube-Cavers et Patterson (2013) ont découvert que la proximité géographique au transport ferroviaire engendre l'embourgeoisement. De plus, en examinant les quartiers à Toronto, Ontario, Mazer et Rankin (2011) ont découvert que l'embourgeoisement des quartiers peut engendrer le déplacement des locataires des maisons de chambres. Ces locataires ont habituellement un revenu bas et ils manquent les ressources financières pour payer les loyers élevés du marché associés traditionnellement aux quartiers qui ont été embourgeoisés. Si ces quartiers continuent d'éprouver une croissance, ils peuvent améliorer. Cependant, l'embourgeoisement peut se produire, marginaliser davantage et potentiellement déplacer les femmes, les hommes, et les familles à bas revenu dans ces quartiers.

LES SERVICES D'ITINÉRANCE DES HOMMES

À la fin des années 1990, la programmation sociale en Ontario a fait l'objet de réformes sous la direction de l'ancien Mike Harris, premier ministre de l'époque, et sa révolution de bon sens (Hackworth et Moriah, 2006). Ces réformes ont engendré la décentralisation, allant des ordres de gouvernement provincial à municipal, de la responsabilité d'administrer plusieurs programmes sociaux. Grâce à ces changements, le financement public pour des programmes d'itinérance à Hamilton est géré et administré par la Division des services de logement du gouvernement municipal. Le gouvernement municipal reçoit des paiements de transfert du gouvernement fédéral par l'entremise de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance, et le gouvernement provincial par l'entremise de l'Initiative de prévention de l'itinérance dans les collectivités (CHPI) qui est administrée par le ministère des Affaires municipales et du Logement. CHPI a récemment remplacé l'Initiative de prévention de l'itinérance chez les collectivités qui ont été administrées par le ministère des Services sociaux et communautaires. Le gouvernement municipal affecte un financement global aux opérateurs des refuges au sein de la ville (Ville de Hamilton, 2008b; 2013d).



Il y a trois refuges d'urgence de nuit à Hamilton. Ces refuges sont opérés par des organisations à base de foi, à but non lucratif et ils ont la capacité cumulative de fournir des logements d'urgence de nuit pour jusqu'à 194 hommes. Il y a deux organismes coordonnés conçus pour faciliter la communication parmi les trois refuges, le programme T2H, et d'autres parties prenantes tels que Mental Health et Street Outreach. Ces comités sont convoqués et dirigés par la Ville de Hamilton. Shelter Standards réunit les gérants et les employés au niveau de superviseur et le Hamilton Emergency Shelter Integration Coordination Committee (HESICC) opère avec l'objectif de réunir les directeurs et les directeurs administratifs des organisations.

En plus du système de refuge d'urgence, il y a divers autres services qui opèrent dans le centre-ville de Hamilton qui sont conçus pour aider les hommes, les femmes, et les familles qui éprouvent l'itinérance, la santé mentale, et les problèmes de dépendances. Des exemples de ces services incluent : Mental Health Street Outreach, diverses banques d'alimentation et les programmes vestimentaires, le Housing Help Centre, le Hamilton Police Services Social Navigator Program, et Crisis Outreach and Support Team (COAST).

LE DÉBUT D'UN MODÈLE DE LOGEMENT D'ABORD À HAMILTON : PROJET PILOTE HOSTELS TO HOMES

La Ville de Hamilton a commencé à travailler avec des modèles qui incorporaient les principes de Logement d'abord en 1999 par l'entremise de l'introduction du programme Housing with Onsite, Mobile and Engagement Services (HOMES). Ce programme, administré par Good Shepherd, fournit un logement sécuritaire et des soutiens pour les personnes qui éprouvent l'itinérance et une maladie mentale. Des soutiens associés à ce programme ont été fournis aux personnes qui habitent dans n'importe quel des quatre sites HOMES, ainsi que les personnes qui étaient inscrites dans le programme HOMES et qui étaient logées au sein d'immeubles résidentiels à occupation privée (The Good Shepherd, 2007).

En mai 2007, Hamilton a été choisie pour participer au projet pilote Hostels to Homes (H2H) (Ville de Hamilton, 2008a). Ce pilote a été financé par le ministère des Services sociaux et communautaires avec l'objectif de tester les programmes de Logement d'abord dans six municipalités en Ontario. Le projet pilote de



Hamilton était censé être un programme collaboratif qui exigeait l'opinion de tous les fournisseurs des refuges d'urgence afin de livrer le logement à des personnes qui ont habité dans des refuges d'urgence pendant plus de 42 jours (Ville de Hamilton, 2010). Cependant, le programme a été opéré par l'entremise de la Ville de Hamilton. En 2007, H2H a eu la capacité de loger 80 personnes. Du financement pour 40 participants supplémentaires aux programmes a été accordé en 2008 (Ville de Hamilton, 2008a).

L'objectif initial de H2H était de stabiliser l'usage des refuges d'urgence dans la ville. Spécifiquement, la Ville de Hamilton (2010) s'intéressait à minimiser l'usage à longue durée des refuges, afin d'essayer d'utiliser les refuges pour loger à courte durée ou peu fréquemment. Ce projet pilote a été jugé un succès, alors que 145 personnes étaient logées, avec 109 personnes supplémentaires qui étaient logées à la fin du projet pilote. En 2008, la Ville a estimé que H2H a contribué à une baisse numérique de 13 000 nuits passées dans un refuge (Ville de Hamilton, 2010). En 2009, H2H a bénéficié de 43 000 \$ en économies de coûts (Ville de Hamilton, 2010).

H2H a utilisé une équipe d'Integrated Mobile Case Management pour fournir un soutien au logement et aux services aux participants. La Ville de Hamilton (2008) a souligné que ce soutien était mobile, car les participants recevaient un soutien à divers emplacements, y compris à leur logement, au téléphone, et dans la communauté. De mai 2007 à octobre 2008, un logement dispersé a été fourni à 82 participants dans 32 différents emplacements à l'aide de Housing Allowance Program de la ville (Ville de Hamilton, 2008a).

Selon la Ville de Hamilton (2010), H2H a contribué à une baisse de demande pour les services de refuge pour les hommes. En réponse à cela, Blueprint for Emergency Shelter Services a été créé. Ce plan discutait le surplus de lits à Hamilton et soulignait la fermeture du refuge de nuit de Wesley et il a créé le groupe Shelter Standards en tant que mécanisme pour promouvoir l'uniformité parmi les fournisseurs de services. Un autre changement substantiel a inclus l'intégration de SIPFSA dans le système de refuge d'urgence. Ceci a permis aux agents chargés de traitement de cas à différents refuges de partager les données des clients en temps réel les uns avec les autres. Les changements supplémentaires incluaient permettre aux personnes de rester dans des refuges pendant la journée et de se débarrasser des exigences que les personnes soient sobres pour entrer un refuge. Avant cela, le refuge de Wesley Urban Ministries était la seule option disponible pour les clients qui se présentaient ivres (Swanson et Clinton, 2010).



En plus des changements apportés au système de refuge, la fin qui s’approchait du financement du programme pilote H2H a poussé la Ville de Hamilton à collaborer avec Wesley Urban Ministries et les autres membres de HESICC pour créer le programme T2H. En 2009, Wesley Urban Ministries est devenu le fournisseur de services pour les services de Logement d’abord à Hamilton. D’octobre 2009 à juin 2010, T2H était financé en utilisant le financement inutilisé du projet pilote H2H. Des sources subséquentes de financement ont inclus HPS, le programme de prévention de l’itinérance dans les collectivités, l’Initiative de prévention de l’itinérance dans les collectivités, et le fonds Delivering Opportunities for Ontario Renters (DOOR) (Ville de Hamilton, 2009; 2013d).

TRANSITIONS TO HOME : DESCRIPTION ET STRUCTURE DU PROGRAMME

Comme indiqué ci-haut, le programme T2H a été conçu à l’origine avec l’intention de maintenir les services de Logement d’abord à Hamilton avec la fin du financement pour le programme pilote H2H (Ville de Hamilton, 2010). Semblable à H2H, le mandat de T2H est d’aider à fournir un logement à la population qui utilise un refuge à longue durée. La section suivante est fondée sur la littérature grise, ainsi que l’information générée par l’entremise d’entrevues des informateurs clés et de la gestion des cas pour décrire le programme T2H et sa structure.

Wesley Urban Ministries, ci-après dénommé Wesley, est une organisation à base locale, à but non lucratif, qui a été conçue pour répondre aux besoins de divers groupes qui éprouvent des inégalités sociales au sein de la Ville de Hamilton. Wesley opère trois divisions de services : logement et itinérance, un programme pour les enfants, les jeunes et les familles, et des services pour les quartiers et les nouveaux arrivants. La division Housing and Homelessness (logement et itinérance), menée par un directeur, est responsable du Special Care Unit ou le Managed Alcohol Program de Wesley, le centre d’accueil d’usage le jour de Wesley, et le programme T2H.

T2H est opéré en tant que programme de partenariat de Wesley et des refuges locaux pour les hommes. Cependant, l’administration et les employés pour ce programme sont maintenus par l’entremise de Wesley. Selon Wesley (2013), T2H a cinq points d’ancrage du programme. Ils sont :



- 1) D'aider aux utilisateurs des refuges à longue durée et aux personnes qui vivent dans les rues à déménager directement dans un logement sans nécessiter un traitement pour la toxicomanie ou la santé mentale
- 2) De fournir un soutien continu de gestion de cas sans limites de temps, utilisant des plans de cas basés sur une entente mutuelle
- 3) D'utiliser des stratégies de réduction des méfaits
- 4) D'assurer que les participants au programme sont des locataires légaux avec des bails
- 5) D'assurer une séparation entre l'entretien du logement et la participation à des services

De 2009 à 2011, T2H a fourni des services de Logement d'abord pour les hommes et les femmes. En 2011, Supporting Our Sisters (SOS), dirigé par Women's Housing Planning Collaborative et financé par l'entremise de HPS, a pris en charge la fourniture de services pour les femmes qui éprouvent l'itinérance à longue durée. Actuellement, la clientèle de T2H est des hommes. Cependant, certaines des femmes inscrites à l'origine au programme T2H continuent d'accéder aux programmes de divertissement de T2H et elles maintiennent un contact avec les gestionnaires des cas. De plus, selon une gestionnaire de cas, ils continuent de contacter T2H pour du soutien à la location.

T2H utilise une équipe de gestion de cas intensive mobile, avec une équipe clinique spécialisée, pour fournir des services aux participants du programme. En plus du personnel de cadre, qui inclut un directeur, une gestionnaire, et un superviseur de programme, Wesley emploie des gestionnaires de cas pour s'engager avec les participants potentiels et actuels et pour offrir de l'aide continue aux participants. Selon les gestionnaires de cas interviewés pour cette recherche, le processus typique de travailler avec un client implique rencontrer des clients, qui se sont habituellement aigüillés par l'entremise du système de refuge d'urgence, discuter les mandats du programme, remplir les documents d'inscription, ajouter les participants à la liste d'attente du loyer proportionné au revenu, faire une demande pour un soutien de revenu au besoin, et rédiger un plan de cas. T2H a recruté quelques participants par l'entremise de Hamilton Police Services Navigator de Hamilton. Cependant, à jour, la proportion de personnes recrutées de cette façon est négligeable. Les processus pour l'engagement avec des participants potentiels sont examinés en détail dans la section des résultats du rapport.



Après que les participants s'inscrivent dans le programme, l'équipe T2H commence le processus de les aider à trouver et à obtenir un logement. T2H travaille avec divers locataires du marché privé pour loger les participants. Cependant, les habitats dispersés et les logements indépendants sont fréquemment difficiles à obtenir rapidement. Par conséquent, T2H fournit une occasion de déménager à des logements collectifs d'habitat dispersé pour la majorité des participants qui s'inscrivent au programme. T2H opère en comprenant que les logements collectifs peuvent ne pas être la meilleure option pour chaque participant. Les participants ont refusé ce genre de logement pour plusieurs raisons, y compris la peur que des dépendances peuvent être déclenchées dans un environnement où d'autres personnes utilisent peut-être des drogues et de l'alcool. Bien que ce ne soit pas une exigence que les participants entrent dans un logement collectif, un gestionnaire de cas a soutenu que ces logements permettent aux participants de s'ajuster à vivre à l'extérieur du système de refuge. De plus, ce gestionnaire de cas a aussi indiqué que placer les participants dans un logement collectif leur permet d'observer toutes les difficultés potentielles qu'un participant peut éprouver en vivant seul et d'essayer la résolution des problèmes avec la personne afin de découvrir des stratégies potentielles d'adaptation. Quand des logements indépendants sont disponibles, ils sont offerts aux participants.

Les participants ont l'accès à un logement avec peu d'obstacles ou d'exigences. Afin d'assurer un logement, les participants doivent faire une demande pour le loyer proportionné au revenu. De plus, ils doivent rencontrer régulièrement leur gestionnaire de cas. En général, ces rencontres peuvent servir des fonctions thérapeutiques ou sociales pour les participants. Les rencontres impliquent généralement l'examen des objectifs qui sont saisis au sein des plans de cas des participants. Ces objectifs varient, cependant, des objectifs communs soulignés dans les entrevues des gestionnaires de cas qui incluent la demande pour un soutien de revenu, de l'aide à trouver un logement, des objectifs d'emploi ou d'éducation, obtenir des formulaires valides d'identification personnelle, rechercher de l'aide pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et accéder à des services et à des soins médicaux.

En plus des rencontres régulières, les participants peuvent accéder à leur gestionnaire de cas au besoin. Ils le font souvent en téléphonant leurs gestionnaires de cas ou en le trouvant dans le centre d'usage le jour de Wesley. Les gestionnaires de cas fournissent de l'aide pour divers problèmes qui existent souvent à l'extérieur des plans de cas de leurs clients. Des exemples de tâches communes mentionnées dans les entrevues des gestionnaires de cas incluent aider les participants avec les problèmes et crises de logement et personnels, se rendre à des rendez-vous juridiques et médicaux en tant que défenseur ou personne de soutien, et d'aider les



participants alors qu'ils complètent des tâches quotidiennes tel que l'épicerie. De l'aide est fournie aux participants pour des urgences 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, car les gestionnaires de cas ont un horaire tournant sur appel.

T2H emploie aussi une équipe clinique spécialisée. Cette équipe inclut une gestionnaire de cas en toxicomanie qui aide les participants à atteindre tous les objectifs liés à la réduction des méfaits ou à la cessation qu'ils peuvent avoir, et une récréothérapeute. La récréothérapeute est responsable de la planification des activités pour les participants de T2H. Certaines des activités offertes aux participants incluent les ligues de quilles et de baseball, la natation, des laissez-passer pour le centre de conditionnement et des entraînements, des activités d'exercices à l'extérieur, des fêtes pour la période des Fêtes, et un dîner en groupe hebdomadaire à accès libre. T2H a aussi un agent de logement. Cette personne est responsable d'aider aux gestionnaires de cas à déterminer des options de logement pour leurs participants et elle agit comme défenseuse pour les participants du programme de logement des locataires. Ce poste est unique au programme T2H et il permet aux locataires de se lier au programme tout en essayant de résoudre des problèmes de bail avec les participants.

LES MÉTHODES

Lors de la conception de cette étude, nous avons cherché à comprendre les impacts généraux du programme T2H sur les résultats des participants ainsi que les expériences des personnes inscrites au programme et celles qui étaient admissibles au programme, mais qui ne se sont pas engagées avec les employés de T2H. Afin de réaliser cela, nous avons conçu une étude à multiples étapes d'un mélange de méthodes. Ce programme de recherche a été conçu pour être une alliance communauté-université entre Wesley Urban Ministries, qui a servi en tant qu'agence communautaire et fournisseur des services du programme, et l'Université McMaster. Il a été surveillé par un comité consultatif sur la recherche qui comprenait des employés de Wesley, un représentant des participants, et une employée de la Ville de Hamilton, et des représentants de l'Université McMaster. La section suivante décrit les méthodes de recherche qualitatives et quantitatives utilisées dans cette étude.

Échantillon

Afin d'apprendre au sujet du programme T2H et examiner les expériences de ses participants, l'équipe de recherche a interviewé 41 répondants en tout, y compris des informateurs clés [n=5], des gestionnaires de cas de T2H [n=10], des participants de T2H [n=16], et un groupe de comparaison d'hommes qui avaient accédé à des refuges d'urgence pendant plus de 30 jours au cours de l'an dernier et qui n'étaient pas des participants du programme T2H [n=10].

Les informateurs clés [n=5]

Les informateurs clés étaient identifiés en tant que gestionnaires supérieurs des services sociaux à Hamilton, Ontario, reconnus pour avoir des connaissances spécialisées du programme T2H et des problèmes d'itinérance dans la région. Ces personnes étaient délibérément choisies basé sur leurs connaissances du programme T2H. Elles étaient choisies d'un mélange de professions et d'organisations afin de fournir une perspective à multiples facettes des problèmes en question. Ces entrevues étaient utilisées par les chercheurs pour obtenir une meilleure compréhension du programme, y compris ses avantages et défis perçus par le public.

Les gestionnaires de cas [n=10]

Ces répondants étaient des membres de l'équipe de gestion de cas et de l'équipe clinique de T2H. L'objectif de ces entrevues était d'obtenir une compréhension des forces et des défis associés à l'administration du modèle intensif de gestion de cas au sein du contexte de T2H de la perspective du gestionnaire de cas. Spécifiquement, des questions étaient posées aux gestionnaires de cas au sujet des processus par lesquels passent les clients, comment ils travaillent avec leurs clients, et les genres spécifiques d'occasions et d'obstacles qu'ils remarquaient que leurs clients éprouvaient. Ces entrevues étaient conçues pour obtenir de l'information au sujet des facteurs psychologiques, structureaux, sociaux et physiques menant au succès et aux défis au sein du programme T2H.

Les entrevues des participants de T2H [n=16]



Ces répondants étaient des participants du programme T2H. La tenure du programme variait pour chaque participant. Cependant, tous les répondants étaient activement impliqués avec une gestionnaire de cas quand ils étaient interviewés. L'objectif de ces entrevues était de recueillir des narratives au sujet de ce que les participants ont éprouvé avec le programme T2H et de comprendre leurs compréhensions subjectives de ce qu'ils croyaient menait à leur propre itinérance. Les deuxièmes objectifs de ces entrevues étaient de comprendre les trajectoires de logement des participants, ce qu'ils ont éprouvé avec la santé mentale, la santé physique, et les dépendances, et ce qu'ils ont éprouvé avec l'usage et la navigation du système de service social. Nous avons aussi évalué leur fonctionnement de base. Le processus pour évaluer le fonctionnement, en utilisant le Multnomah Community Ability Scale, est souligné ci-dessous.

Les entrevues des non participants de T2H [n=10]

Ces répondants éprouvaient l'usage à longue durée des refuges à Hamilton, Ontario. Cependant, ils n'avaient pas accédé au programme T2H. Semblable aux entrevues de T2H, notre objectif était de mieux comprendre les contributions à l'itinérance à longue durée, aux trajectoires de logement, aux expériences de santé mentale, de santé physique, et de dépendances, et aux expériences de l'usage et de la navigation du système de service social. Cependant, l'objectif principal de ces entrevues était d'obtenir une compréhension des raisons qualitatives qui ont causé que les hommes n'ont pas accédé au programme T2H et pour comprendre tous les obstacles perçus à l'utilisation de tout le programme. Le Multnomah Community Ability Scale était administré avant les entrevues pour évaluer le fonctionnement.

Le recrutement

Des courriels de recrutement qui invitaient la participation volontaire à cette recherche étaient envoyés aux courriels cotés des informateurs clés. Nous avons communiqué avec 7 informateurs potentiels clés et 5 de ces informateurs ont accepté de participer à cette étude. Le directeur de Logement et itinérance à Wesley a aidé à fournir un contact avec les employés de la gestion des cas en envoyant des lettres par courriel à ses employés au nom de l'équipe de recherche. Les gestionnaires de cas étaient demandées de contacter directement le chercheur pour fixer une entrevue et poser des questions au sujet de la recherche. Une lettre informative qui énonce les détails de l'étude était reliée à chaque courriel de recrutement.



Afin de recruter des participants de T2H pour cette étude, l'équipe de gestion de cas a reçu des copies de la lettre de recrutement à distribuer à leurs clients. Les participants étaient demandés de contacter directement le chercheur pour assurer la confidentialité. Des affiches de recrutement ont aussi été affichées pour demander la participation volontaire à l'étude au centre d'usage le jour de Wesley. Ce centre est souvent accédé par les participants du programme et ceux qui accèdent aux refuges de nuit à Hamilton. L'objectif de ces affiches était de recruter des personnes sans abri qui n'étaient pas des participants qui utilisent le centre pour l'étude. De plus, le chercheur a remis en mains propres des lettres de recrutement à des participants potentiels de l'étude dans le centre d'accueil Wesley et à des agences locales de service. Une permission a été accordée par chaque agence locale de service qui a été accordée. Les participants de T2H et les participants qui utilisent un refuge étaient payés pour leur participation. Chaque répondant a reçu une carte-cadeau de 25 \$ chez Giant Tiger et 2 billets d'autobus pour le transport aller et retour à l'emplacement de l'entrevue.

La collecte de données

Des entrevues semi-structurées en personne d'une durée d'environ une heure étaient menées avec chaque répondant. Le chercheur principal a mené toutes les entrevues. Les informateurs clés étaient interviewés dans leurs bureaux. Afin d'assurer la confidentialité, les gestionnaires de cas étaient interviewés hors site dans une salle privée d'un édifice municipal. Les entrevues des hommes qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé au programme T2H qui ont éprouvé l'usage à longue durée des refuges étaient menées par le chercheur principal, accompagné par un adjoint de recherche. Ces entrevues étaient menées dans une salle de réunion privée sécurisée par l'équipe de recherche.

Le Multnomah Community Ability Scale était administré avant le début de chaque entrevue de participant de T2H et d'usage à longue durée d'un refuge. L'échelle est conçue pour évaluer le fonctionnement ou la capacité de base d'un participant dans divers domaines. Des questions sont posées au sujet de la santé physique et mentale, des liens sociaux et des compétences, de l'adaptation aux tâches quotidiennes de la vie, et de la participation à une déviance. L'objectif d'administrer ceci était de comparer les notes moyennes dans chaque catégorie pour chaque type de participant pour évaluer s'il y avait des différences entre le groupe T2H et le groupe de comparaison. Un exercice de réenseignement, qui est décrit ci-dessous, a été administré avant le



début de chaque entrevue. Ceci était utilisé pour assurer que les participants comprennent le formulaire de consentement et qu'ils étaient capables de fournir un consentement informé.

L'analyse

Des notes détaillées ont été prises à l'aide d'un ordinateur portable lors de toutes les entrevues. Ces notes ont été inscrites par le chercheur principal lors des entrevues des informateurs clés et des gestionnaires de cas, et par l'adjoint à la recherche lors des entrevues du groupe de comparaison des participants de T2H et des non participants. Avec le consentement du répondant, les entrevues étaient enregistrées en audio. Les enregistrements audio des informateurs clés et des gestionnaires de cas étaient utilisés pour vérifier la précision des citations transcrites dans les notes de recherche. Vingt des 26 entrevues des participants de T2H et du groupe de comparaison ont été transcrites. Six des entrevues n'ont pas été transcrites, car elles n'ont pas été enregistrées en audio ou bien la qualité de l'audio sur les enregistrements était faible.

Les transcriptions et les notes des entrevues pour celles qui n'étaient pas transcrites étaient nettoyées pour enlever les renseignements personnels et elles étaient téléchargées dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo. L'équipe de recherche a utilisé les thèmes clés du logiciel d'identification qui était mentionné lors des entrevues, qu'ils ont ensuite utilisé en tant que cadre pour coder et analyser les données.

Les considérations éthiques

Une attention approfondie a été donnée aux problèmes éthiques potentiels associés à la mise en œuvre de ce type de recherche. Une attention particulière a été donnée aux problèmes de consentement, de gestion de risques et de confidentialité. Ces trois domaines et les stratégies employées pour les aborder par l'équipe de recherche sont adressés dans cette section. Cette recherche a reçu l'approbation du Research Ethics Board de l'Université McMaster.

Tous les matériels de recrutement pour cette étude ont clairement indiqué que la participation à l'étude était volontaire. Des copies de la lettre d'information de l'étude étaient incluses avec toutes les lettres de recrutement



et elles étaient largement accessibles au centre de jour Wesley. Les répondants étaient informés à tous les niveaux de recrutement qu'ils étaient libres d'arrêter l'entrevue à n'importe quel moment, et qu'ils ne devaient pas répondre à toute question qu'ils ne voulaient pas répondre ou qui les mettait mal à l'aise. Dans le cas des informateurs clés, le consentement était simple et il a été obtenu en examinant et signant un formulaire de consentement. Une considération spéciale a été donnée pour assurer les conditions convenables pour l'obtention d'un consentement informé des gestionnaires de cas, des participants de T2H et du groupe de comparaison.

Pour assurer que toutes les entrevues des gestionnaires de cas étaient obtenues à base volontaire, chaque répondante a été demandée de contacter directement le chercheur principal. Puisque le chercheur principal était un employé de l'Université McMaster et de Wesley Urban Ministries, il avait rencontré la majorité des gestionnaires de cas au travail et elles savaient qu'il travaillait pour l'organisation et avec le projet de recherche. Les gestionnaires de cas étaient informées que le chercheur principal n'était pas lié à l'administration du programme T2H ni à ses employés, que leur rendement au travail n'était pas évalué par le chercheur principal, et que seulement le chercheur principal saurait si elles ont accepté ou non de participer à l'étude. De plus, elles étaient informées que leur participation était volontaire et confidentielle et elles étaient assurées que leur choix de participer ne serait pas partagé avec d'autres collègues ou la direction.

Étant donné les obstacles psychologiques, structureaux, sociaux et physiques considérables auxquels faisaient face ceux qui ont éprouvé l'itinérance à longue durée, il était nécessaire d'évaluer pour la capacité à consentir avant d'essayer d'obtenir un consentement signé. Afin de faire cela, le chercheur principal a lu le formulaire de consentement avec chaque répondant, arrêtant pour poser des questions à multiples intervalles. Le Research Ethics Board à l'Université McMaster a aussi recommandé que chaque répondant devrait compléter un exercice de réenseignement. Ceci a compris trois questions qui étaient posées après la lecture du formulaire de consentement. Ces questions étaient conçues pour évaluer les connaissances de l'étude des participants, et pour confirmer qu'ils comprenaient que la participation était volontaire et qu'ils peuvent quitter l'étude en tout temps. Si ces questions étaient répondues adéquatement, le chercheur obtenait un consentement signé.

ANALYSE QUANTITATIVE



Les données quantitatives utilisées dans l'analyse pour cette étude provenaient de deux sources secondaires : T2H Client Outcome Tracking System (COTS) et SIPFSA. Le programme T2H utilise un logiciel de gestion de cas, appelé T2H COTS, pour suivre le progrès et la situation de ses participants. Cette base de données a été conçue et gérée par une entreprise indépendante située à Hamilton, Ontario. Puisque cette base de données contient de grandes quantités d'information quantitative et qualitative au sujet de la situation et des besoins des participants du programme, l'équipe de recherche a décidé que ce n'était pas éthiquement approprié d'accéder à cette base de données. Le chercheur principal a contacté une entreprise indépendante et il a demandé pour un accès à divers rapports qui décrivent la situation de logement et l'implication des participants dans le programme. Des données brutes étaient anonymisées par l'entreprise indépendante et elles étaient fournies au chercheur en feuilles de calcul Excel. Ces données ont ensuite été nettoyées pour enlever toutes les données ambiguës ou erronées et des données catégoriques étaient recodées en données numériques. Ces données étaient transférées dans un logiciel statistique STATA, version 12 et elles étaient analysées. Afin d'évaluer les résultats associés à la participation dans le programme T2H, des analyses descriptives ont été menées.

Le deuxième ensemble de données utilisé pour cette étude était dérivé du Système d'information sur les personnes et les familles sans abri (SIPFSA) qui est géré par la Ville de Hamilton. Ce système est utilisé par tous les agents de traitement des cas des refuges de nuit dans la ville, avec l'exception de ceux qui fournissent des services pour les femmes qui ont éprouvé de la violence, pour suivre les identités des personnes qui accèdent à des refuges et le nombre de nuits passées. Bien que le principal objectif de cette base de données soit d'aider à suivre les clients des refuges, les données recueillies sur l'âge, le sexe, et le nombre de nuits passées dans des refuges peuvent être utilisées de manière fiable à des fins de recherche. Il y a des ententes de partage de données en vigueur pour tous les utilisateurs de SIPFSA et les modalités de cette entente protègent la vie privée des clients qui figurent sur la liste de SIPFSA. L'équipe de recherche a soumis une proposition à la Housing Services Division à la Ville de Hamilton et elle avait la tâche de préparer et d'analyser les données en conformité avec leurs ententes de partage de données. Des rapports sur l'usage des refuges pour les participants de T2H et un profil général d'hommes qui ont accédé à des refuges d'urgence depuis janvier 2010 étaient fournis. La Ville a reçu une liste de noms des participants de T2H du directeur du logement et de l'itinérance de Wesley, qu'elle a ensuite utilisée pour évaluer si une personne dans la base de données de SIPFSA était une participante ou non de T2H. Chaque dossier de participant a été jumelé à son dossier dans SIPFSA à l'aide de son nom et de sa date de naissance. Les données reflètent seulement les participants qui ont pu être jumelés. Si



un dossier n'a pas pu être jumelé, il y avait une erreur dans le nom ou la date de naissance du participant, ou bien il ne figurait pas dans la liste de SIPFSA.

La Ville de Hamilton est reconnue comme analyseuse pour tous les tableaux dérivés de SIPFSA dans ce rapport. Lors du jumelage des noms des participants avec les données SIPFSA, une variable distincte a été créée pour indiquer si une personne était activement inscrite ou non ou bien si elle continuait ou non le programme. Des analyses descriptives ont ensuite été effectuées à l'aide de SPSS pour fournir un profil général des participants et de la population masculine de l'usage des refuges, et pour évaluer l'usage des refuges des participants de T2H.

LES RÉSULTATS

Comme indiqué dans notre section de méthodes, les données recueillies et analysées pour discuter les résultats et les expériences associés à la participation au programme T2H étaient générées de nombreuses sources, à l'aide de nombreuses techniques. Dans cette section, nous avons essayé de synthétiser ces données d'une façon logique afin d'aider à décrire l'impact du programme. Cette section commence avec une description des populations de T2H et de l'usage des refuges à longue durée à Hamilton, Ontario. Ensuite, nous avons fourni une courte description des caractéristiques de l'échantillon des participants qui ont participé aux entrevues.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ÉCHANTILLONS

Toutes les données recueillies par l'entremise de SIPFSA à Hamilton peuvent être utilisées à des fins de recherche. Cependant, l'intention originale d'utiliser SIPFSA dans cette municipalité était d'aider les agents de traitement des cas et la direction des refuges à suivre les clients dans les divers refuges d'urgence à Hamilton. Par conséquent, peu de données sont recueillies sur les utilisateurs des refuges. Les clients ont l'option de fournir de l'information supplémentaire qui est stockée dans le système de SIPFSA. Cependant, puisque cette information est offerte en option, elle n'est pas collectée pour chaque client. L'analyse de la base de données de

SIPFSA nous a fourni deux indicateurs fiables : l'âge et le nombre de nuits passées dans un refuge. Le Tableau 1 fournit l'âge moyen des utilisateurs des refuges et des participants de T2H, inscrit à la date de la première fois qu'ils ont passé la nuit dans un refuge d'urgence. L'âge moyen de l'utilisateur des refuges d'urgence est 39,6 ans au moment du premier usage d'un refuge. Les conclusions suggèrent qu'en moyenne, la population de T2H est 4,7 années plus vieille au moment de la première visite que ceux qui ont accédé à des refuges d'urgence, mais qui n'étaient pas admissibles au programme T2H ou qui n'y ont pas accédé.

Tableau 1 : Âge en années au moment de la première visite d'un refuge d'urgence par population

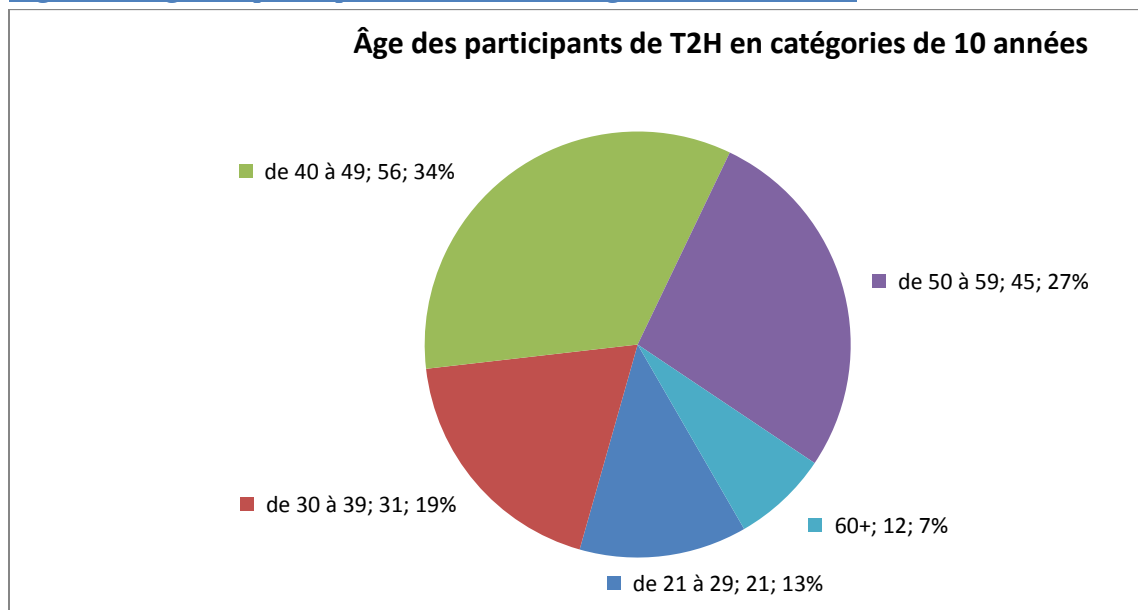
Population	Âge moyen au moment de la première visite depuis le 4 janvier 2010
Participants de T2H	44,0
Utilisateurs d'un refuge pour les hommes	39,3
Total	39,6

Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

En plus de l'âge moyen, les données de SIPFSA étaient utilisées pour fournir une répartition par l'âge de dix années de la population des participants de T2H. Ces données sont décrites dans la Figure 1. Cette analyse illustre que la majorité des participants est des hommes d'âge moyen de 40 à 59 ans (61 %). Une proportion plus petite des participants du programme a de 21 à 39 ans (32 %), et seulement 7 % des participants du programme ont 60 ans ou plus. La Figure 2 compare les âges des participants de T2H avec la population qui utilise des refuges en catégories de dix années. En général, la population qui utilise des refuges est plus jeune que la population de T2H. Cependant, T2H n'a pas pour mandat de servir des jeunes, ce qui représente certaines des variations catégoriques illustrées. Peu importe, les données indiquent que la proportion de participants d'âge moyen de T2H est plus élevée.

Les données de T2H COTS ont fourni la situation du programme des personnes qui ont eu un contact avec le programme T2H, basé sur leur niveau d'implication dans le programme. Dans un souci de clarté, nous avons divisé ces situations en deux plus grandes catégories : inactif et actif. Ceux qui étaient inclus dans la catégorie « inactif » ne maintenaient plus un contact régulier avec le programme. Ceci incluait ceux qui étaient classés en tant que « en attente, » « fermé » et « entretien. » En attente s'applique aux personnes qui ont eu un contact avec le programme pour une courte période et qui n'ont pas établi des plans de cas et donc, elles n'étaient pas activement inscrites dans le programme. Ces personnes n'ont pas continué leur implication dans le programme. De plus, fermé s'applique généralement aux personnes qui sont décédées ou bien à celles qui n'auront pas un contact avec le programme dans le futur. Les personnes qui sont placées dans la catégorie d'entretien sont celles qui ont établi un plan de cas et qui ont arrêté leur participation à la gestion des cas. Les personnes qui sont en attente et dans la catégorie d'entretien peuvent établir un contact avec le programme et recevoir de l'aide avec le programme ou la gestion de cas dans le futur. Actif s'applique aux personnes qui participent activement à la gestion des cas avec le programme T2H.

Figure 1 : Âge des participants de T2H en catégories de 10 années



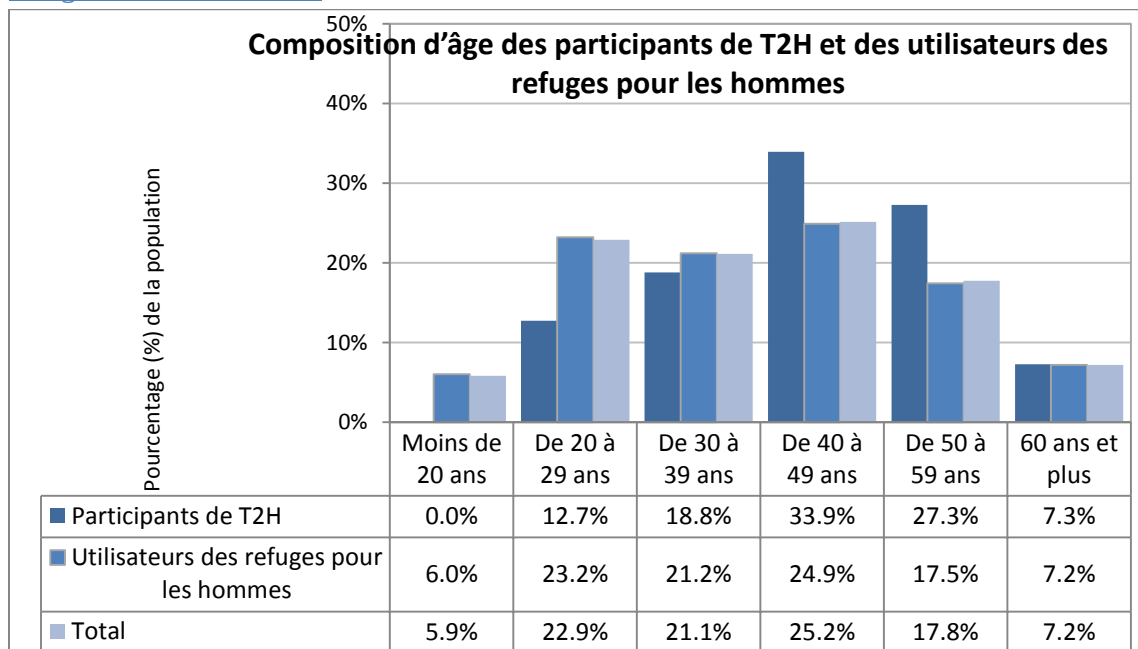
Source : Base de données de SAPFSI. Analyse menée par la Ville de Hamilton.



Afin de saisir les expériences des participants qui étaient impliqués dans le programme T2H et ceux qui étaient admissibles au programme, mais qui ne se sont pas engagés dans le programme, nous avons interviewé 16 participants de T2H et 10 hommes qui éprouvaient l'usage à longue durée des refuges. L'âge moyen des deux ensembles d'échantillons qualitatifs est fourni dans le Tableau 2, en plus des groupes d'âge. L'âge moyen des participants de T2H et le groupe d'âge pour les participants de T2H était plus élevé que la moyenne et le groupe d'âge des échantillons qui n'étaient pas inscrits au programme.

Avant de discuter les expériences de vie et les trajectoires de logement, nous avons commencé en faisant passer un sondage Multnomah Community Ability. Une discussion complète des procédures utilisées à cette fin est fournie dans la section des méthodes. Nos conclusions indiquent des niveaux modérés de fonctionnement ou de capacité dans les deux échantillons. Les notes moyennes pour chaque catégorie sont fournies dans le Tableau 3. Les participants de T2H ont éprouvé des niveaux un peu plus élevés de santé physique et mentale, et de compétences sociales, déclarées par l'intéressé. Cependant, ils ont éprouvé des niveaux un peu plus bas de compétences d'adaptation à la vie quotidienne, et ils ont indiqué qu'ils ont participé à plus de comportements qui sont source d'une mauvaise adaptation. Cependant, les différences entre ces échantillons étaient marginales et négligeables en raison d'échantillons de petite taille (N) et des variations relativement petites dans les différences observées. Nos conclusions de base indiquent que les participants interviewés de chacun des deux échantillons démontraient des niveaux semblables de capacité ou de fonctionnement.

Figure 2 : Composition d'âge des participants de T2H et des utilisateurs des refuges pour les hommes en catégories de dix années



Source : Base de données de SAPFSI. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

Tableau 2 : Âge moyen et groupe d'âge pour l'échantillon qualitatif pour les participants de T2H et les non participants

Type de groupe d'échantillon	Âge moyen en années	Groupe d'âge en années
Participants de T2H	50,94	De 39 à 63 ans
Non participants	43,3	De 24 à 59 ans

Tableau 3 : Notes ajustées du Multnomah Community Ability par groupe de participants

Catégorie	Note moyenne ajustée des participants de T2H (De 1 à 5*, N=16)	Note moyenne ajustée des non participants (De 1 à 5*, N=10)	Différence observée
Santé physique et mentale	3,38	3,06	0,32

Adaptation à la vie quotidienne	3,33	3,74	0,41
Compétences sociales	3,68	3,59	0,11
Comportement	3,48	4,08	0,60

*Une note d'un indique un fonctionnement bas ou des difficultés dans les catégories et une note de 5 indique un fonctionnement élevé ou qu'aucune difficulté n'est éprouvée.

DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME

La majorité des participants interviewés avait éprouvé une certaine forme de traumatisme subit durant l'enfance. Les expériences individuelles variaient grandement et elles incluaient des problèmes de santé mentale infantile et des tentatives de suicide chez les jeunes, des expériences de sévices, sexuel, et émotionnel, de traumatisme qui était le résultat du fait de vivre avec une personne soignante toxicomane, des institutionnalisations pendant l'enfance ou la jeunesse, des expériences d'instabilité de logement et de pauvreté extrême, de l'expulsion de l'école secondaire, de l'adoption ou du placement dans le système de placement familial, et de quitter la maison jeune. Pour certains participants, des expériences de traumatisme étaient en multiples formes. Un répondant a dit :

Ma mère et moi — nous nous entendons maintenant, elle est bonne maintenant. Mais, quand j'étais plus jeune, elle me traitait différemment. Tout le monde dans le quartier le remarquait. Elle ne l'a jamais remarqué, mais ils voyaient comment mes frères recevaient tout et moi, je ne recevais rien. Ils voyaient comment mes parents me traitaient différemment et ma mère se fâchait toujours envers moi. Tu me rappelles de lui [son père biologique], t'es aussi fou que lui et elle se fâchait envers moi. Elle me forçait à aller à l'église parce que — personne d'autre ne devait aller à l'église dans ma famille, mais elle me forçait à aller à l'église parce qu'elle voulait faire sortir le démon à l'intérieur de moi. Je n'ai pas vraiment fini, ils m'ont chassé — ils m'ont chassé d'une école secondaire, ils m'ont expulsé quand j'étais à l'autre école secondaire, ils m'ont expulsé et chassé de chaque école en Ontario. Ensuite, je suis allé chez mon ami, dans la voiture de mon ami, j'ai habité un peu dans son allée. Ensuite, sa mère a découvert que j'habitais dans la voiture et elle m'a laissé vivre avec elle un peu.

Cet homme a éprouvé multiples formes de traumatisme durant son enfance et il a commencé à boire de l'alcool et à utiliser des drogues à l'âge de 13 ans. Son père biologique avait quitté son ménage et il rappelait sa mère de son père, et elle était abusive envers lui. De plus, il a été expulsé de l'école secondaire et il a quitté sa maison, il



a déménagé d'un endroit à un autre. L'histoire de cet homme est juste un exemple des multiples formes de traumatismes subis durant la jeunesse qui a été saisie dans cette étude.

L'exposition précoce au traumatisme ou le placement des jeunes dans des environnements instables semblait avoir un impact de longue durée sur la capacité de tous les participants de sécuriser et de maintenir eux-mêmes un environnement familial stable. L'un des gestionnaires de cas a discuté les implications durables de vivre dans des situations chaotiques ou traumatiques :

Certaines personnes ont peur d'être stables, car elles n'ont jamais été stables auparavant et le chaos est confortable pour elles. Elles pensent : « Je devrais faire un trou dans la fenêtre pour remettre les choses sur la bonne voie » ...[P]rend un gars qui a été dans un système avec des personnes pendant toute sa vie, ensuite place-le tout seul dans son propre logement et il ne peut pas faire face à vivre seul et on apporte les mauvaises personnes chez lui, il y a du chaos, ensuite le directeur téléphone, etc. Si la seule chose que tu sais est le chaos, tu penses que tu ne peux pas survivre si les choses se passent bien, car les choses ne se sont jamais bien passées pour toi.

Cette citation suggère que les expériences de traumatisme au cours de la vie peuvent causer qu'une personne s'attende à un chaos ou qu'elle le normalise, alors qu'il devient un facteur de vie familial. Ces conclusions que les répondants ont éprouvées à une exposition précoce à l'instabilité et au traumatisme suggèrent le besoin de donner l'occasion aux personnes d'accéder à du counseling ou à des soutiens convenables. L'accès à des travailleurs sociaux est fourni à la population qui utilise des refuges et des gestionnaires de cas aident aux clients de T2H de trouver des soutiens dont ils peuvent nécessiter. Cependant, il y a souvent des listes d'attente pour les services de santé mentale et de counseling.

LA SANTÉ, LA SANTÉ MENTALE, ET LA TOXICOMANIE

Plusieurs des répondants interviewés pour cette étude ont éprouvé des difficultés avec la santé physique, la santé mentale, et la toxicomanie, peu importe s'ils étaient inscrits activement ou non au programme T2H. Certains des problèmes communs de santé physique incluaient le diabète et l'hypertension, la douleur chronique, les blessures du dos et les blessures musculo-squelettiques, le remplacement de la méthadone pour le

sevrage aux opiacés, et les crises épileptiques. Des personnes ont exprimé que certains de ces malaises se sont développés ou se sont aggravés avec l'âge. D'autres ont indiqué que la douleur physique et les blessures se sont produites au travail, se qui a engendré un chômage chronique, et qu'elles continuaient de s'aggraver. Des accidents étaient aussi associés à la douleur causée par les blessures. Un participant a discuté le rôle de la douleur chronique dans sa vie :

J'ai dit que ce sont des nerfs coincés. Soudainement, alors que je marche dans la rue, je ressens une douleur aiguë dans ma hanche. Toute ma jambe cède. Il est arrivé une fois que je suis presque tombé dans le trafic, mais j'ai visé un poteau et j'ai parvenu à frapper le poteau au lieu de tomber dans la rue Main. Si je porte quelque chose, disons pour un déménageur ou quelque chose comme ça, qui sera en haut et en bas pour m'aider à porter des choses? Je ne peux pas faire confiance à ma jambe, je ne m'attendrais pas à ce que tu lui fasses confiance. Vous savez, ça peut tomber sur vous.

La douleur, qui est le résultat d'une blessure du dos, avait causé un malaise fréquent à ce participant. Pour lui, cette douleur était débilitante et elle le prévenait d'accomplir des tâches quotidiennes et de faire du travail physique.

La santé mentale était une préoccupation pour plusieurs des participants de cette étude. L'écart des préoccupations de santé mentale saisi était assez vaste et il incluait plusieurs diagnostics, allant de la dépression réactionnelle à la schizophrénie. Certaines des personnes avaient éprouvé des préoccupations de santé mentale depuis l'enfance. Un participant a discuté songer au suicide à l'âge de 13 ans :

J'avais 13 ans et mes parents étaient partis et j'ai allumé la cuisinière à gaz sans l'allumer avec une allumette et je me suis assis sur la chaise et j'ai juste attendu pour le gaz. Ensuite, ensuite j'ai, 20 minutes plus tard, j'ai changé d'idée alors je l'ai éteint, j'ai ouvert la fenêtre. Je suis sorti. Ensuite, j'ai juste nettoyé derrière moi et je suis allé voir ma mère pour lui dire que je ne me sens pas bien et que je suis malade alors elle m'a dit de rester à la maison. Ensuite, je suis allé à l'école. Mais c'est après que mes parents et tout le monde sont partis et un mois plus tard, mon meilleur ami s'est tué de la même façon. Alors, eh bien, nous avions 13 ans. Ensuite, mes parents le savaient quand il est mort et ils ont parlé avec moi. Ils ont dit : « Tu sais, qu'est-ce qui arrive si tu as des problèmes? Tu peux toujours venir à nous et nous en parler. Ne fait pas face à des problèmes de cette façon. » Mais pour moi, il s'agissait de ne pas parler à quiconque. Pour moi, c'était ne pas parler à quiconque.

Pendant toute ma vie, j'ai pensé que, peut-être, je veux me tuer, mais je, d'un côté, ça, tu sais que tu ne devras plus y faire face si t'es mort, c'est, tout est parti pour toi. Et c'est tout. C'est fini. Mais mes parents étaient encore vivants et ça leur ferait mal. Ça, tu sais, alors...je me traînais, je me traînais, et ensuite je sais que quand ma mère est morte, j'étais, oh.



Pour cette personne, une hospitalisation qui a résultée d'une tentative de suicide à l'âge adulte a contribué à ses expériences d'instabilité de logement. Cette personne était incapable de sécuriser un logement stable en raison d'un comportement d'entassement qui était lié à son diagnostic de névrose obsessionnelle. Bien que certaines personnes éprouvaient des problèmes de santé mentale depuis la jeunesse, les conditions d'autres personnes ont décliné alors qu'elles continuaient d'éprouver une instabilité de logement. La maladie mentale était un facteur contributif à la perte de logement et à l'instabilité continue de logement pour certains des répondants de cette étude.

Plusieurs des participants interviewés dans cette étude avaient certains antécédents d'usage problématique de drogues ou d'alcool. Un répondant a décrit ses habitudes de consommation de drogues en utilisant les mots suivants :

J'ai habité à Sally Ann et, au début, j'étais dans le sous-sol pendant un certain temps et j'utilisais des drogues à ce moment-là donc ma journée s'agissait de quitter Sally Ann, d'aller commettre des vols pendant toute la journée, d'acheter mes drogues et ensuite, de retourner à Sally Ann avec mes drogues...refaire toutes les mêmes choses la prochaine journée.

Cette personne a décrit ses activités au moment où il est entré la première fois dans le système de refuge d'urgence. Ces jours consistaient de trouver des façons d'acheter des drogues, d'acheter des drogues, et d'utiliser des drogues. Au moment de l'entrevue, il recevait un traitement à la méthadone.

Malgré des antécédents chroniques de toxicomanie, certaines personnes étaient capables de bien commencer un traitement et d'utiliser des stratégies de réduction des méfaits. Par exemple, un non participant de T2H a abstenu d'utiliser des drogues injectables, car il s'inquiétait du danger d'attraper une maladie transmissible par le sang. Un participant de T2H a discuté participer à des activités de divertissement par l'entremise du programme comme façon de s'encourager de ne pas utiliser des drogues pendant la journée. D'autres étaient capables de travailler pour abstenir de certains types de drogues et d'alcool. Un participant a attribué sa capacité de faire face à ses dépendances à sa capacité d'utiliser des stratégies d'autoréflexion :

Oh, Dieu non, j'ai dit que je dois poser quelques questions sombres...Aller dans des coins sombres et par l'entremise d'aide et de conseils avec des personnes intelligentes que j'ai rencontrées en cours de route, j'ai en fait appris que mon problème était la confiance et l'abandon. C'étaient les deux causes sous-jacentes de tout. Beaucoup de questions sombres, beaucoup de réponses effrayantes. Et cela a commencé avec ne pas mentir à la personne que je vois dans le miroir. Parce qu'avec les montants de cocaïne et de Valium que je prenais...le docteur...mon médecin de famille à l'époque, et je suis certain qu'il est mort depuis longtemps,



m'avais dit « t'as un choix, fais ce que tu fais et meurt ou obtient de l'aide »... En bien. Mais tu dois savoir ce qui est bon pour toi, car beaucoup de personnes ne peuvent pas faire ce travail, ils ne peuvent pas regarder dans ces coins de leur cerveau, alors c'est... Mais si t'es juste absorbé en soi, ce ne sont pas même des pensées, ce sont juste des moments fugaces, ils disent « je dois pousser cela à l'arrière avant que j'y pense vraiment encore ».

Ce participant a pu trouver et accéder à des soutiens pour son traitement. Cependant, il a attribué sa capacité de faire face à sa dépendance à sa capacité d'être autoréflexif. Sa guérison a commencé quand il a pu commencer à comprendre les impacts de ses expériences durant l'enfance de traumatisme sur ses comportements quotidiens et ses dépendances.

LES PARCOURS VERS L'ITINÉRANCE ET LES EXPÉRIENCES AVEC L'USAGE DES REFUGES

Les situations entourant la perte de location ou de résidence permanente saisies dans cette étude étaient très diverses. Certaines des situations saisies incluaient la rupture de mariage ou d'union, des difficultés économiques, une blessure qui a résulté en une perte d'emploi, l'incapacité de maintenir un domicile familial après une mort parentale, une dépense excessive sur les drogues, l'alcool, les chambres d'hôtel, et le commerce du sexe, l'incarcération et l'inscription subséquente à des maisons de transition, et l'incapacité de gérer des problèmes physiques ou mentaux. Les réponses aux expériences de perte de logement étaient assez diverses et elles représentent le niveau de diversité des besoins éprouvés par ces personnes.

Toutes les personnes qui ont participé à cette étude avaient éprouvé l'usage à longue durée de refuges. De plus, plusieurs de ces personnes avaient éprouvé une instabilité de logement depuis l'enfance. Lors de la discussion au sujet des antécédents de logement, nous avons demandé chaque répondant de décrire ses premières nuits dans un refuge d'urgence. Quelques-unes des personnes semblaient ne pas être perturbées par l'expérience. Cependant, plusieurs des expériences des participants étaient traumatiques. Quand il était demandé de décrire sa première nuit dans un refuge, un individu avait décrit la sensation que sa vie était finie :

Au fil du temps [après que ma mère est morte] je me suis accoutumé à... je me suis accoutumé à être seul et ensuite... et ensuite quand j'ai déménagé à un refuge, j'avais l'impression que... vous savez, ma vie était finie. Comme si je suis allé de ... dans une période de deux années, je suis allé de vivre à la maison avec mon frère dans une belle maison à vivre avec plusieurs hommes qui partagent une salle de bain et... oui. Comment ça se fait que... je suis comme ceci. Et puis... ensuite je commence à blâmer Dieu en disant : « comment peux-tu faire ceci à moi et



comment peux-tu prendre mes parents? » et ça. Alors...à ce moment... c'est la première fois que j'ai l'impression que tout le monde est contre moi.

Pour cet homme, ainsi que pour d'autres personnes qui ont été interviewées, déménager à un refuge est un événement très émotionnel. Semblable à ce participant, d'autres participants ont mentionné qu'ils se sentaient mal à l'aise de dormir dans une chambre avec d'autres hommes qu'ils ne connaissaient pas et qu'ils souhaitaient un sentiment renouvelé de vie privée et de sécurité.

La majorité de ceux qui sont entrés dans le système de refuge d'urgence avec des trépidations est éventuellement devenue désensibilisée face à leurs nouveaux environnements. Alors qu'ils se familiarisaient avec le système et ses exigences, vivre dans le refuge était normalisé :

Eh bien, je suppose que la première nuit c'était un peu étrange, mais je me suis accoutumé assez rapidement. En bien, juste différent et, je ne sais pas, juste nouveau.

Un autre participant a dit :

C'était un peu effrayant de regarder tous ces ivrognes et ces personnes qui prennent du crack. Ensuite, tu vois une voiture de police dehors environ trois fois par jour et tu te demandes qui ils viennent chercher. Mais après cela, ça ne m'a pas dérangé, depuis ce moment.

Bien que plusieurs personnes craignent entrer dans le système de refuge, la majorité semblait s'adapter rapidement à ses environs.

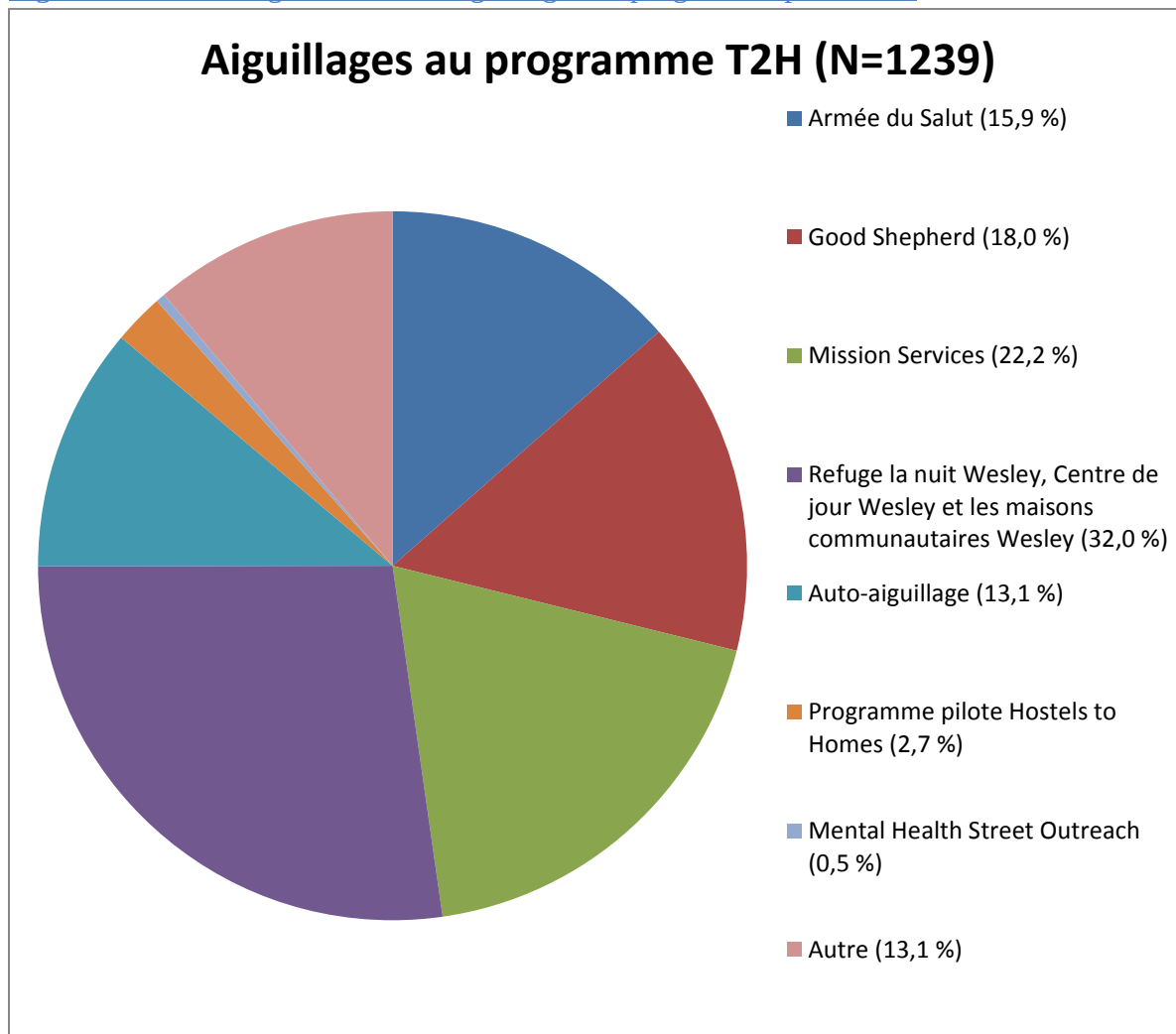
Nos conclusions concernant l'usage des refuges, la santé, la toxicomanie, les parcours à l'itinérance et les expériences de traumatisme suggèrent que les personnes qui vivent actuellement dans des refuges d'urgence ou qui y sont resté peuvent exiger un accès à des soutiens spécialisés qui les aident avec la guérison et à former de nouveaux trajectoires à la stabilité. Les sections suivantes de ce rapport discutent la stabilité de logement des participants de T2H et les expériences des participants et des non participants à accéder à divers services.

LES AIGUILLAGES ET L'ENGAGEMENT AU PROGRAMME T2H



Le programme T2H a été conçu afin d'être un effort collaboratif parmi Wesley Urban Ministries et les trois refuges pour les hommes dans la Ville de Hamilton. Puisque ce programme est conçu pour loger les hommes qui sont restés dans des refuges d'urgence pendant 30 jours ou plus, les employés de gestion des cas doivent fournir des heures de sensibilisation aux refuges. En analysant les données du programme T2H, nous avons déterminé que la majorité des aiguillages proviennent des programmes de Wesley et des refuges des hommes. La Figure 3 affiche le pourcentage de tous les aiguillages par source. D'autres programmes de Wesley ont fourni la plus grande proportion d'aiguillages au programme (32,0 %). Cependant, cumulativement, les refuges pour les hommes ont servi de point de référence pour 56,9 % de tous les aiguillages, dont 15,9 % des aiguillages sont parvenus de l'Armée du Salut, 18,8 % de Good Sheppard, et 22,2 % de Mission Services. Des aiguillages supplémentaires ont été fournis par Mental Health Street Outreach, des sources de bouche-à-oreille qui ont engendré des autoaiguillages, le projet pilote Hostels to Homes, et par l'entremise de diverses autres agences de services sociaux.

Figure 3 : Pourcentage de tous les aiguillages au programme par source



LES OBSTACLES DU RECRUTEMENT ET DE L'ENGAGEMENT



Lors de l'entrevue des hommes qui étaient admissibles au programme T2H, mais qui ne l'ont pas accédé, nous avons demandé les répondants pourquoi ils ne s'étaient pas inscrits au programme. La majorité des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas entendu parler du programme ou bien qu'ils ne connaissaient pas les soutiens qu'offre T2H. D'autres répondants avaient entendu parler du programme par l'entremise de leurs réseaux informels et ils n'étaient pas certains comment se connecter avec un employé ou bien ils travaillaient avec un différent fournisseur de services. Un participant n'était pas certain s'il avait rencontré ou non une gestionnaire de cas de T2H, car il avait accédé à divers soutiens.

Les entrevues des informateurs clés et des gestionnaires de cas ont indiqué qu'il y a eu des luttes continuelles avec l'exécution de l'engagement des clients. Les opinions des membres de différentes organisations ont varié considérablement, ce qui a fait que les obstacles à l'engagement sont un problème très complexe à discuter. C'est souvent un effort très concurrentiel d'obtenir du financement pour le programme dans les services sociaux. Ceci a engendré une compétition parmi différents programmes et fournisseurs de services. L'un des informateurs clés a discuté ceci en disant :

Le système de financement est créé afin que tout le monde s'inquiète tellement que leur agence ne serait plus requise qu'il se rivalise pour le financement. Tous nos services sont requis; nous sommes tous forts en différentes façons. Au lieu de faire en sorte que ce soit une compétition, nous pouvons travailler ensemble pour tirer profit de toutes nos forces. Nous pouvons créer des équipes basées sur les forces. Si nous pouvons obtenir du financement où les gens ne s'inquiètent pas tellement de leurs propres emplois et agences, je crois que tu remarquerait une plus grande volonté de collaborer, car tu n'es pas menacé et tu ne t'inquiète pas au sujet de la duplication de ce que tu fais et tu obtiens ton financement. Ensuite, nous n'essayerions pas de tout faire.

Blueprint for Emergency Shelter Services (2009) de la Ville de Hamilton a demandé pour le développement de mécanismes conçus pour faciliter la collaboration parmi les fournisseurs de services. Trois groupes ont été établis : HESSIC, Women's Housing Collaborative, et Street Youth Planning Collaborative. Chaque groupe surveille une différente sous-population et le programme Logement d'abord est offert pour leurs groupes de clients. Cependant, malgré ces efforts, nos conclusions révèlent un besoin de continuer de travailler sur une plus grande collaboration dans la fourniture des services. Selon cette personne, la concurrence pour le financement a engendré des agences cloisonnées qui sont forcées à concurrencer l'une avec l'autre pour assurer la longévité de leurs propres agences. Ceci engendre des occasions perdues pour la collaboration et ce peut contribuer à des obstacles à l'engagement que les gestionnaires des cas éprouvent.

La mauvaise communication entre et parmi les agences peut engendrer des occasions manquées pour s'engager convenablement avec les clients. L'une des gestionnaires de cas a décrit ceci :

Théoriquement, les gens ne devraient pas ne pas entendre parler du programme. Je vois des problèmes avec la communication — ce ne sont pas juste d'autres fournisseurs, c'est nous aussi — il y a eu des changements dans le programme au fil des années qui accompagnent la disponibilité du logement, il y a des idées fausses au sujet de ce que nous faisons, il y a des personnes qui veulent travailler avec nous afin que les refuges leur permettent d'y rester pendant plus longtemps s'ils travaillent avec nous. Je ne sais pas si le message transmis aux personnes par les sources d'aiguillage est 100 % exact. Nous devons mieux travailler avec ce système et y être bien adaptés.

Le programme T2H a été conçu pour être un effort collaboratif parmi les refuges pour les hommes. HESICC et Shelter Standards ont été conçus pour augmenter la collaboration et la communication parmi les fournisseurs. Bien que les informateurs clés dans cette étude ont indiqué que ces comités directeurs ont réussi à commencer à travailler à collaborer et à développer une communication efficace, ils ont aussi soutenu que la communication peut et devrait être améliorée.

La majorité des gestionnaires de cas qui ont été interviewées ont exprimé des problèmes avec l'engagement.

L'une des gestionnaires de cas a indiqué :

Une autre partie frustrante pour moi est les heures d'engagement. Je trouve que c'est une perte de temps. Au début, en nous rendant à l'engagement, nous y irions et il y avait des aiguillages des refuges, nous les trouvions, nous les rencontrions, et ensuite nous continuerions. Maintenant, nous allons à l'engagement et il n'y a rien. D'une manière ou d'une autre, je crois qu'une chose politique y est rattachée. T2H était censé être une collaboration avec les refuges, donc notre présence doit être vue, mais certaines personnes ne veulent pas que nous soyons là et nous pouvons le ressentir. Parfois, nous y allons et nous avons l'impression que c'est deux heures de notre temps que nous ne pouvons pas rapporter. Certaines personnes essaient de faire en sorte que nous sommes impliqués. Mon superviseur dit toujours : interagis, parle à des gens. Les clients ne sont pas là pendant la journée. À [un refuge], nous y allons pendant deux heures, nous nous asseyons dans le sous-sol avec quelques personnes qui sont là et qui regardent la télévision. Ils n'ont aucun intérêt à déménager nulle part, mais j'ai l'impression que c'est une perte de notre temps. Ça me dérange vraiment. Ça t'épuise. D'être là pendant deux heures et de ne rien faire. Tu veux faire quelque chose, car tu ne veux pas t'asseoir là inutile. À certains endroits, les employés sont très amicaux et à certains endroits ils ne communiquent pas avec nous. [À un autre refuge] les gars sont très accueillants et nous participons à [donner] le jus et ça fait que le temps passe plus vite...en donnant le lait, j'ai l'occasion de voir les gens et je connais beaucoup de personnes et je peux dire bonjour et vérifier. Je peux expliquer pourquoi je suis là et ça démarre la communication.



Cette gestionnaire de cas a souligné quelques problèmes en matière de l'engagement. Elle indique qu'à certaines agences, les heures d'engagement du refuge peuvent se produire à des moments quand les clients ne sont pas habituellement présents. De plus, son énoncé indique que les activités effectuées lors des heures d'engagement varient selon l'organisation et que certaines activités permettent un plus grand contact avec des participants potentiels du programme que d'autres.

La relation entre le programme T2H et certaines des autres agences de fourniture de services peut aussi présenter des défis à l'engagement. Un informateur clé a dit :

Je suppose que T2H est devenu en soi une bureaucratie. Ils ont leur propre système informatique, et processus d'aiguillage. Je ne crois pas que les personnes autour de la table ont envisagé cela. Il a pris sa propre raison d'être et je ne suis pas si certain. Je crois que là, la relation n'a pas été excellente. Nous avons traversé une voie assez difficile. L'un des problèmes était — ils accepteront seulement les personnes qui ont passé 42 jours cumulatifs dans le refuge et les employés doivent le confirmer, pourquoi ne les demandez-vous pas. Ils reçoivent l'accès à SIPFSA, nous ne recevons pas un accès à T2H COTS. Ils se sont placés à un niveau plus élevé que les refuges, nous sommes les experts et les refuges ne le sont pas, nous effectuons la gestion des cas. Ça ne les rend pas très attirants.

Cet informateur clé s'inquiétait de la relation entre T2H et les refuges pour les hommes. Selon un autre informateur clé, l'accès à la base de données de T2H COTS a été offert aux refuges. Cependant, ils n'ont pas encore établi l'usage du système. Ceci peut être une indication de mauvaise communication entre différents fournisseurs de services. Le rétablissement de la communication efficace et des relations entre tous les fournisseurs de services pour l'itinérance de Hamilton peut aider à ouvrir des avenues futures pour des types d'engagement plus efficaces des clients.

Le sentiment du conseil qu'un plus grand engagement et de sensibilisation des clients sont requis pour connecter avec les personnes sans abri a été exprimé dans nos entrevues. Un gestionnaire principal des services sociaux a dit :

Nous avons besoin d'une plus grande sensibilisation des clients sans abri. J'envisage un service plus adapté pour les personnes atteintes de maladies non diagnostiquées et une meilleure compréhension des liens entre les maladies et le logement. J'envisage aussi la réinvention de quels services sont fournis dans chaque région. Ils doivent effectuer une visite d'orientation qui nous donne des renseignements utiles pour des services où les clients peuvent obtenir de l'information et continuer par l'entremise de ce point d'accès. Les services devraient être plus compréhensifs... nous devons aller au-delà des silos.

L'introduction des clients aux divers types d'aides qui sont disponibles devrait être effectuée d'une façon compréhensive et accessible. Il y a plusieurs programmes et agences qui travaillent ensemble pour fournir des



services d'itinérance et de logement. Selon ce répondant, ce serait avantageux pour les clients d'avoir de l'aide à trouver des services et à naviguer les soutiens qui sont disponibles, ainsi qu'offrir des soutiens supplémentaires qui ne sont pas actuellement disponibles.

LA SITUATION DU LOGEMENT

Afin de saisir les trajectoires récentes de logement et les expériences avec le logement, nous avons analysé les données de nombreuses sources. Nos répondants qualitatifs ont été demandés au sujet de leurs expériences avec le logement et leurs milieux de vie actuels. Nous avons aussi accédé à la base de données T2H COTS et la Ville de Hamilton a analysé l'information actuelle de SIPFSA pour déterminer les taux actuels de la stabilité et de l'instabilité du logement, la situation de l'usage opérationnalisé actuel du logement. La section suivante est un rapport sur la situation de logement des participants actifs, ainsi que ceux qui sont à l'étape du suivi ou en attente ou fermés.

T2H classifie les participants comme étant à l'étape du suivi s'ils ont un logement stable s'ils décident qu'ils ne requièrent plus une gestion active de cas. Ces personnes ont souvent réussi à maintenir un logement et la majorité peut être nommée informellement des « diplômés » du programme. Des personnes sont classifiées en attente ou fermées si elles ont fait un contact ou bien si elles ont été aiguillées au programme dans le passé et si elles n'ont pas maintenu un contact avec le programme. Ceci peut se produire pour plusieurs raisons, y compris, mais pas limité au déplacement à une différente municipalité ou à la décision de quitter le programme. Le Tableau 4 présente une ventilation des aiguillages inactifs de T2H et le Tableau 5 illustre la durée de l'implication dans le programme. À compter du 20 décembre 2013, 680 personnes étaient classifiées comme étant en attente ou fermées et 174 personnes étaient placées dans la catégorie de l'étape du suivi.

Les journées passées en contact avec le programme ont varié considérablement, certaines personnes avaient de très courtes périodes de contact qui équivalaient à moins d'une journée complète et d'autres soutenaient l'implication dans le programme pendant plus de 3 ans. Il est important de souligner que notre dénombrement des personnes qui ont eu un contact avec le programme et qui l'ont ensuite quitté incluait les femmes qui étaient des clientes de T2H et qui étaient déplacées au programme de SOS. Plusieurs des personnes qui ont eu un contact à longue durée avec le programme avant de le quitter étaient probablement des femmes qui reçoivent

maintenant du soutien de SOS. Le rapport sur les aiguillages inactifs fourni par les administrateurs de la base de données incluait 49 cas ambigus, où ce n'était pas clair dans quelle catégorie ces cas devraient être placés. Ces cas ont été enlevés de notre analyse.

Tableau 4 : Situation du programme des aiguillages inactifs de T2H (N=854)

Situation	Nombre de personnes	Pourcentage valide
En attente ou fermé	680	79,62 %
Étape du suivi	174	20,37 %

Tableau 5: Durée de l'implication dans le programme pour les aiguillages inactifs à T2H en jours (N=854)

Durée moyenne	Écart-type	Nombre minimum de jours	Nombre maximum de jours
207,90	280,08	0	1 415

En général, les résultats du logement des aiguillages inactifs à T2H étaient mixtes. La situation de logement pour les aiguillages inactifs a été inscrite par les gestionnaires de cas au moment du dernier contact avec ces personnes. Un pourcentage assez élevé d'aiguillages (22,48 %) a continué d'éprouver l'itinérance. Cependant, des proportions plus élevées d'aiguillages inactifs ont commencé à éprouver une certaine forme de stabilité de logement dont 31,15 % accédait à un logement d'urgence, et 35,01 % déménageait à un logement permanent.

Tableau 6 : Résultats du logement des aiguillages inactifs à T2H (N=854)

Situation de logement	Nombre de personnes	Pourcentage valide
Continuent d'être sans abri	192	22,48 %

Ont déménagé à un logement d'urgence	266	31,15 %
Ont déménagé à un logement permanent	299	35,01 %
Inconnu	97	11,36 %

Ce qui n'est pas surprenant, les résultats du logement pour ceux qui étaient classés en tant qu'à l'état de suivi étaient plus positifs que pour ceux qui étaient en attente ou fermés. Ces conclusions sont affichées dans le Tableau 7. Le pourcentage de personnes qui ont continué d'être sans abri était beaucoup plus élevé dans le groupe en attente ou fermé (29,70 %) que dans le groupe à l'état de suivi (2,30 %). De plus, un pourcentage beaucoup plus élevé de personnes classifiées dans le groupe à l'état de suivi (74,71 %) avait obtenu un logement permanent. Ces résultats suggèrent qu'il est plus probable que ceux qui peuvent réussir le programme T2H obtiennent un logement stable que ceux qui ont quitté le programme.

En plus de mesurer les résultats du logement selon la situation des aiguillages inactifs, nous avons aussi mesuré si la durée du contact avec le programme a amélioré les résultats du logement. Ces résultats sont affichés dans le Tableau 8. Nos résultats suggèrent que la majorité des aiguillages inactifs avait une année ou moins d'implication dans le programme. Ce n'est pas surprenant, car la majorité de ces cas était classifiée en attente ou fermée. Une plus longue durée d'implication dans le programme est associée à des améliorations des résultats du logement. Les taux d'itinérance ont baissé avec l'implication dans le programme. Spécifiquement, le taux d'itinérance pour ceux qui avaient 2 années ou plus d'implication dans le programme était 0,00 %. De plus, une augmentation du logement permanent a été remarquée pour ceux qui avaient une implication d'une à 2 années (73,33 %) dans le programme et pour ceux avec une implication de 2 années ou plus (80,95 %).

Tableau 7 : Résultats de logement des aiguillages inactifs à T2H par situation (N=854)

Résultats de logement (% (N))	Situation	
	En attente ou fermé	État de suivi

Ont continué d'être sans abri	29,70 % (188)	2,30 % (4)
Ont déménagé à un logement d'urgence	36,18 % (229)	21,26 % (37)
Ont déménagé à un logement permanent	26,70 % (169)	74,71 % (130)
Inconnu	7,42 % (47)	1,72 % (3)

À compter du 20 décembre 2013, 160 personnes étaient énumérées dans la base de données de T2H COTS comme étant des participants actifs de T2H. La classification d'actif désigne les personnes qui rencontrent actuellement un employé de gestion des cas à base continue et qui reçoivent de l'aide pour trouver et maintenir un logement. En plus d'en attente ou fermé, état du suivi, et actif, les données fournies ont inclus une classification de liste d'attente. À compter de la date précitée, 9 personnes ou bien 0,73 % de tous les aiguillages figuraient sur la liste d'attente de T2H.

Tableau 8 : Situation actuelle de logement des participants inactifs par durée du contact avec le programme

Résultats de logement (% (N))	Durée du contact avec le programme T2H		
	De 0 jours à une année	De 366 jours à deux années	<deux années
Ont continué d'être sans abri	26,80 % (189)	3,49 % (3)	0,00 % (0)

Ont déménagé à un logement d'urgence	33,62 % (237)	20,93 % (18)	17,46 % (11)
Ont déménagé à un logement permanent	26,24 % (185)	73,33 % (63)	80,95 % (51)
Inconnu	13,33 % (94)	2,33 % (2)	1,59 % (1)

Les résultats de logement associés à la participation au programme T2H pour les participants actifs étaient positifs. Les résultats de notre analyse de la base de données T2H COTS sont présentés dans le Tableau 9. Nous avons découvert que 74,38 % des participants actifs vivaient dans un logement permanent et que 24,38 % de personnes supplémentaires avaient sécurisé un logement d'urgence. Moins de 1 % de tous les participants actifs était classé en tant que personne sans abri. Ceci suggère que la stabilité de logement est associée à l'implication dans le programme.

Tableau 9 : Situation actuelle de logement des participants actifs (N=160)

Situation de logement	Nombre de participants	Pourcentage valide
Ont continué d'être sans abri	1	0,63 %
Ont déménagé à un logement d'urgence	39	24,38 %
Ont déménagé à un logement permanent	119	74,38 %
Inconnu	1	0,63 %

En général, la situation de logement des participants actifs est demeurée constante, peu importe l'année de recrutement. Nos résultats, affichés dans le Tableau 10, indiquent que ceux qui se sont inscrits au programme en 2010 (86,15 %) ont éprouvé des taux un peu plus élevés de logement permanent que ceux qui se sont inscrits en

2011 (81,25 %) et 2012 (82,61 %). Cependant, des baisses d'itinérance ont été observées pour tous les cas, peu importe l'année. Les données fournies pour 2013 représentent des périodes plus courtes d'implication dans le programme T2H.

Bien qu'aucun des participants recrutés en 2013 n'ait éprouvé l'itinérance, les taux de logement permanent étaient beaucoup plus bas et les taux de logement d'urgence étaient plus élevés que ceux inscrits pour les participants recrutés lors des années précédentes. Nous soutenons que les taux représentent leur plus courte implication dans le programme. Lorsqu'ils s'inscrivent au programme T2H, les personnes sont habituellement déplacées à un logement collectif de « logement partagé », ce qui est classifié comme étant logé de façon temporaire. Les personnes peuvent refuser des offres de vivre dans un logement partagé. Cependant, cette option est fournie en tant que mécanisme pour loger les personnes quand la disponibilité d'un logement unique est limité. Les participants résident dans un logement partagé jusqu'à ce qu'un logement unique convenable peut être trouvé.

Tableau 10 : Situation actuelle de logement des participants actifs par année d'inscription au programme T2H (N=160)

Situation de logement (% (N))	Année de recrutement			
	2010 (N=65)	2011 (N=32)	2012 (N=23)	2013 (N=40)
Ont continué d'être sans abri	1,54 % (1)	0,00 % (0)	0,00 % (0)	0,00 % (0)
Ont déménagé à un logement d'urgence	12,31 % (8)	18,75 % (6)	17,39 % (4)	52,50 % (21)
Ont déménagé à un logement d'urgence	86,15 % (56)	81,25 % (26)	82,61 % (19)	45,00 % (18)
Inconnu	0,00 % (0)	0,00 % (0)	0,00 % (0)	0,63 % (1)

Afin d'évaluer le nombre total de déménagements de ceux qui ont été impliqués dans le programme T2H, nous avons accédé aux dossiers de T2H COTS sur tous les déménagements inscrits de toutes les personnes aiguillées au programme de janvier 2010 à décembre 2013, peu importe la situation du programme actuel. Le Tableau 11 fournit tous les déménagements à un logement stable pour les participants actifs et les participants à l'état du suivi, ainsi que pour ceux qui étaient classés comme étant en attente ou des aiguillages fermés.

Tableau 11 : Déménagement à des types de logement stable par type, suivi par historique de déménagements inscrits (N=1291)

Type de logement	Nombre de cas (N)	Pourcentage du nombre total de déménagements (%)
Ont déménagé à un logement ordinaire	209	16,19 %
Ont accepté une offre de logement social	67	5,19 %
Sont retournés chez eux	12	0,93 %
Ont déménagé à un établissement de soins de longue durée	6	0,46 %

À noter : seulement les déménagements qui indiquaient clairement une démarche vers un logement stable étaient inclus dans nos calculs. Les autres déménagements incluaient une démarche vers un logement d'urgence, des déménagements associés à l'usage d'un service, et le déplacement entre des refuges et à des refuges. De plus, certains déménagements étaient catégorisés d'une façon ambiguë au sein des données qui étaient fournies.

LES EXPÉRIENCES PAR RAPPORT AU LOGEMENT

Les participants de T2H qui étaient impliqués dans cette étude semblaient éprouver moins d'obstacles à accéder à un logement que ceux qui n'étaient pas engagés dans le programme. Des problèmes communs concernant le logement incluaient un manque de logement abordable, une incapacité de fournir des références et le loyer du premier et du dernier mois aux locataires, la confusion concernant où rechercher un logement, et un manque de

logements locatifs propres et exempts de parasites ou convenables. Un non participant de T2H a décrit les obstacles auxquels il a fait face pour obtenir un logement :

Il faut des personnes comme vous qui sont prêtes et capables de s'asseoir avec moi au téléphone de l'autre côté du bureau, vous, avec un locateur potentiel au téléphone, et vous lui l'expliquez. Comme je le dis, vous avez plus d'expérience au téléphone que moi. Il faut des personnes comme vous pour nous inciter un peu. Savez-vous comment j'ai obtenu la maison où j'habite maintenant?

Je marche [dans une rue] et j'ai vu l'annonce sur la fenêtre. J'ai téléphoné et il y avait une petite Chinoise au téléphone. Son anglais était un peu approximatif, mais j'ai pu comprendre. Et j'ai dit, eh bien, combien demandez-vous pour le loyer? Le loyer est 370 par mois et j'ai eu une idée... si ça mérite de le dire, je déménage. Alors, voulez-vous venir le voir? Mais, je suis tout juste de l'autre côté de la porte d'entrée. Alors, je suis entré, j'ai monté les escaliers et j'ai monté encore. J'ai une pleine cuisine et ma chambre mesure deux tiers la taille de cette salle. Je veux dire qu'elle n'est pas si haute, mais elle mesure environ deux tiers, une salle de bain complète que j'ai pensé je ne suis pas trop stable dans la douche, mais j'ai eu une baignoire. C'est moins cher. Boom, je déménage. J'ai immédiatement signé le bail.

Je suis allé directement à POSPH et je l'ai montré à la fille. Ça viens juste d'arriver, je dis, il y a une demi-heure. Donc, je l'ai choqué et étonné là. Elle téléphone la YMCA. Maintenant, le temps que je suis allé du bureau de la POSPH à la YMCA, [une employée] est au haut des escaliers. Elle m'a embrassé, félicitations, tu déménage. Eh bien, c'est ce qu'elle veut. Elle dit que tu dois aller à [une agence]. C'est là que ça a commencé à empirer. Je lui ai montré le bail que j'avais déjà signé; nom, adresse, code, tout. Et c'était au milieu de mai. Et elle a dit okay, nous vous téléphonerons avec un rendez-vous pour une entrevue. Trois jours plus tard, j'ai reçu un appel, viens pour un rendez-vous et peut-être ça s'échappe à ce moment-là. Après l'entrevue... bien, au cours des deux prochaines semaines, j'ai pu soumettre ceci à mon superviseur, ils l'approuveront, entre-temps, va t'acheter un lit parce que t'utiliseras comme lit, tout ce dont t'as besoin pour commencer, mais je ferai un rendez-vous pour toi d'ici deux semaines. Deux semaines plus tard, j'ai eu une entrevue. Boom, j'ai fais cela. Nous vous appellerons quand vos chèques arrivent. Maintenant, nous sommes au mois de juin. J'ai eu la sensibilité... et je ne savais pas, mais j'avais le loyer du premier mois et du dernier mois. Je l'avais rangé. Maintenant, ils sont arrivés éventuellement deux semaines plus tard. Je vous le jure, c'est si décourageant. Mais j'avais la prévoyance d'avoir le loyer du premier mois et du dernier mois dans ma poche. Si je n'avais pas la prévoyance d'avoir le loyer du premier mois et du dernier mois dans ma poche, où était l'aide?

Cet homme avait indiqué que de l'aide à trouver un logement et à discuter avec les locateurs lui aurait aidé à sécuriser un logement. De plus, il avait indiqué l'importance d'avoir l'accès au loyer du premier mois et du dernier mois, car les locateurs demandent souvent pour ce paiement quand un bail est signé et il peut prendre beaucoup de temps à traiter les chèques du gouvernement pour ces paiements.



Tous les participants de T2H qui étaient impliqués dans cette étude étaient logés. Nous avons posé des questions à chaque personne au sujet de son logement et des questions concernant les perceptions de la stabilité et de l'instabilité du logement. En général, les participants étaient contents qu'ils eussent obtenu leurs propres logements. Ils ont discuté souvent de la jouissance et de la sécurité qu'ils éprouvaient d'être capables de fermer et de verrouiller leurs portes, et de s'asseoir à la maison et regarder la télévision. Un participant de T2H a défini le logement stable en tant que :

Un endroit sécuritaire où se rétablir... Arrivant d'un environnement où ... t'es en marge de tout, pas seulement de la société, de tout... aucun numéro d'assurance sociale, aucune adresse actuelle de résident, aucune pièce d'identité dont t'as besoin pour n'obtenir aucune aide de haute qualité, soins de santé, peu importe ce que ce soit, t'as encore besoin d'un logement. Et t'as besoin d'un logement où tu peux verrouiller la porte. Pour que tu puisses commencer à reconstruire cela... tout reconstruire, ta pièce d'identité, tes relations, te contrôler. Et si t'as un logement où tu peux dire : « Je ne laisse personne dans mon logement aujourd'hui », cela promet une sorte de stabilité où t'as... t'as ta maison, certaines personnes l'appellent une grotte de l'homme des cavernes, quoi que ce soit, mais c'est le vôtre. C'est un endroit où commencer et c'est seulement toi qui peux le gâcher.

Pour cette personne, avoir un logement stable lui a fourni l'occasion de stabiliser sa vie. Il a pu commencer le processus de rétablir ou de recommencer sa vie. Plusieurs des participants de T2H qui ont été interviewés dans cette étude ont décrit un logement stable avec des termes semblables, discutant le soulagement qui vient en ayant son propre espace.

Plusieurs des personnes qui ont été interviewées pour cette étude ont éprouvé des problèmes avec la qualité des logements et la gestion des parasites. Pour ceux qui avaient obtenu un logement indépendant, la qualité du logement a souvent été discutée en tant qu'étant médiocre. Un grand problème était la gestion des parasites et les punaises de lit. Un participant de T2H a dit :

La perception que j'avais est que : « tu ne fais que jeter les gens dans un » – car je sais, j'ai entendu des histoires et elles sont vraies, où ils vous trouvent un logement et ensuite t'y entre et c'est infesté avec des punaises de lit. J'ai aussi réalisé que plusieurs, plusieurs endroits dans cette ville sont – et je ne sais pas quelle est la réponse. Je ne sais pas quelle est la réponse, car il y a une – mais t'as des personnes dévouées qui ne sont pas prêtes à arrêter, qui veulent tout simplement, tu sais. Et je ne parle pas au sujet de moi-même, car je ne suis pas cette personne, mais les gens qui – et je ne l'exige pas même vraiment d'eux. Je ne peux pas m'attendre à ce que je ne peux pas faire, tu sais ce que je veux dire?

Le programme T2H offre un soutien de gestion des punaises de lit et de l'éducation pour les participants et les locataires. Par exemple, les participants du programme peuvent demander pour une couverture gratuite pour les punaises de lit du programme. De plus, les gestionnaires de cas aident les clients à se préparer pour la

vaporisation des parasites et l'agent de logement donne de l'information aux locataires concernant comment faire face aux punaises de lit. Malgré cela, les punaises de lit continuent d'être un problème persistant au centre-ville de Hamilton et certains participants de T2H ont eu des problèmes découlant de la présence de ces parasites.

L'USAGE DES SERVICES

Malheureusement, en raison des problèmes liés à l'accès aux formes convenables et disponibles de données, nous n'avons pas pu mesurer les augmentations et les baisses de l'usage des services pour les participants de T2H. Cependant, les données incluses dans T2H COTS ont inclus une liste de déménagements à divers types de différents logements pour tous les participants actifs et pour les aiguillages inactifs alors qu'ils étaient considérés actifs dans le programme. Le nombre total de déménagements inscrits était 1 291. À partir de ce rapport, nous avons extrait des déménagements qui indiquaient l'usage des services. Chaque occurrence représente un déménagement, non pas une personne. Le Tableau 12 présente nos résultats. Dans l'ensemble, la proportion de tous les déménagements qui a indiqué une certaine forme d'usage de services était assez basse. L'accès à un refuge d'urgence (16,42 % de tous les déménagements) a représenté le plus grand pourcentage de déménagements à un lieu de fourniture de services. Le déménagement à d'autres types de lieux de fourniture de services, tels que les prisons ou les hôpitaux, a représenté un pourcentage beaucoup plus petit du nombre total de déménagements. Ces données suggèrent que ceux qui ont un contact avec le programme T2H éprouvent des taux relativement bas de résidences dans des lieux de fourniture de services. Cependant, ces données ont suscité une investigation ultérieure des modes d'utilisation des refuges des participants de T2H.

Tableau 12 : Usage inscrit des services des participants de T2H, suivi par l'historique des déménagements inscrits (N=1291)

Déménagement à un type de service selon le lieu	Nombre d'occurrences (N)	Pourcentage du nombre total de déménagements (%)
Mis en liberté	11	0,85 %
Incarcération	28	2,17 %

Hospitalisation de longue durée	12	0,93 %
A déménagé à un centre de soins de longue durée	6	0,46 %
S'est inscrit à un traitement résidentiel	19	1,47 %
A terminé un programme de traitement	4	0,31 %
Est retourné à un refuge	212	16,42 %

Les données de SIPFSA de la Ville de Hamilton, affichées dans le Tableau 13 et la Figure 4, indiquent que les participants de T2H ont accédé à des refuges d'urgence pendant de plus longues périodes de temps. De plus, ils ont un nombre moyen plus élevé d'épisodes d'usage. Ces données ne tiennent pas compte de la date d'entrée dans le programme T2H. Donc, elles indiquent les personnes qui sont devenues des participants du programme T2H qui ont éprouvé l'itinérance à longue durée à un certain moment depuis le 4 janvier 2010. Ces données suggèrent que T2H sert la population qu'elle était censée servir. Les données suggèrent que le programme T2H sert non seulement ceux qui ont éprouvé l'usage à longue durée des refuges, mais il aide aussi à ceux qui ont éprouvé de nombreux épisodes d'itinérance. De plus, les clients inscrits dans T2H sont souvent capables de prolonger leurs durées d'usage des refuges au-delà du maximum habituel pendant qu'ils attendent pour qu'un logement devient disponible dans la communauté.

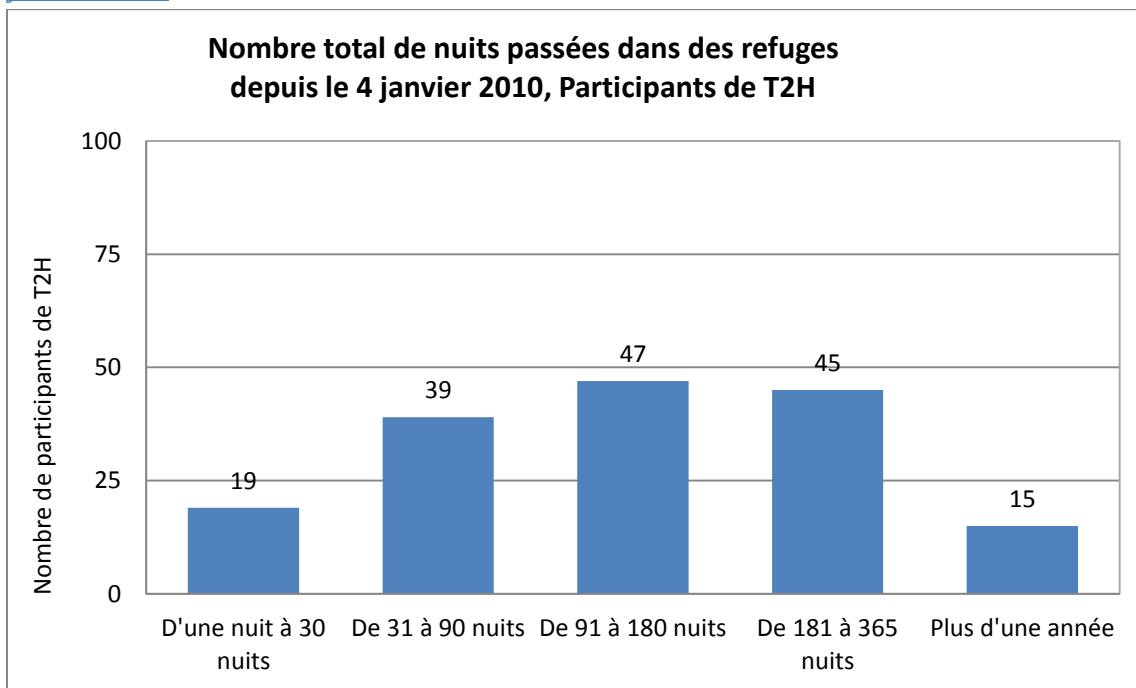
Tableau 13 : Durée et nuits passées dans des refuges d'urgence

	Participants de T2H	Utilisateurs des refuges pour les hommes
Nombre moyen de nuits passées depuis le 4 janvier 2010	176,1	47,7
Nombre moyen de nuits	16,8	6,4

passées

Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

Figure 4 : Nombre total de nuits que les participants de T2H ont passé dans des refuges d'urgence depuis le 4 janvier 2010



Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

Les données de la base de données de SIPFSA ont été analysées pour les participants par année de recrutement pour découvrir si l'usage des refuges a baissé ou non pour les participants de T2H après qu'ils se sont inscrits au programme. Ces données étaient affichées dans les Figures 5, 6, et 7. Pour les personnes qui ont été recrutées au programme en 2010, nous avons remarqué une augmentation de personnes qui n'éprouvent aucune nuit passée dans des refuges de 2010 (16,0 %) à 2012 (64,0 %). Cependant, nous avons remarqué une petite baisse d'aucune nuit passée en 2013 à 56,0 %. En 2013, une proportion plus élevée de personnes a accédé aux refuges d'urgence pour une nuit à 30 nuits, ce qui suggère que le pourcentage un peu plus élevé de participants de T2H qui accédaient à des refuges d'urgence en 2013 l'a fait à courte durée. Ces données révèlent une baisse de l'usage des refuges à longue durée des participants T2H après l'inscription au programme.

Pour ceux qui ont été recrutés en 2011, le pourcentage de personnes qui ne sont pas restées dans des refuges d'urgence a augmenté constamment de 15,6 % en 2011 à 65,6 % en 2013. De 2011 (3,1 %) à 2013 (6,3%), une

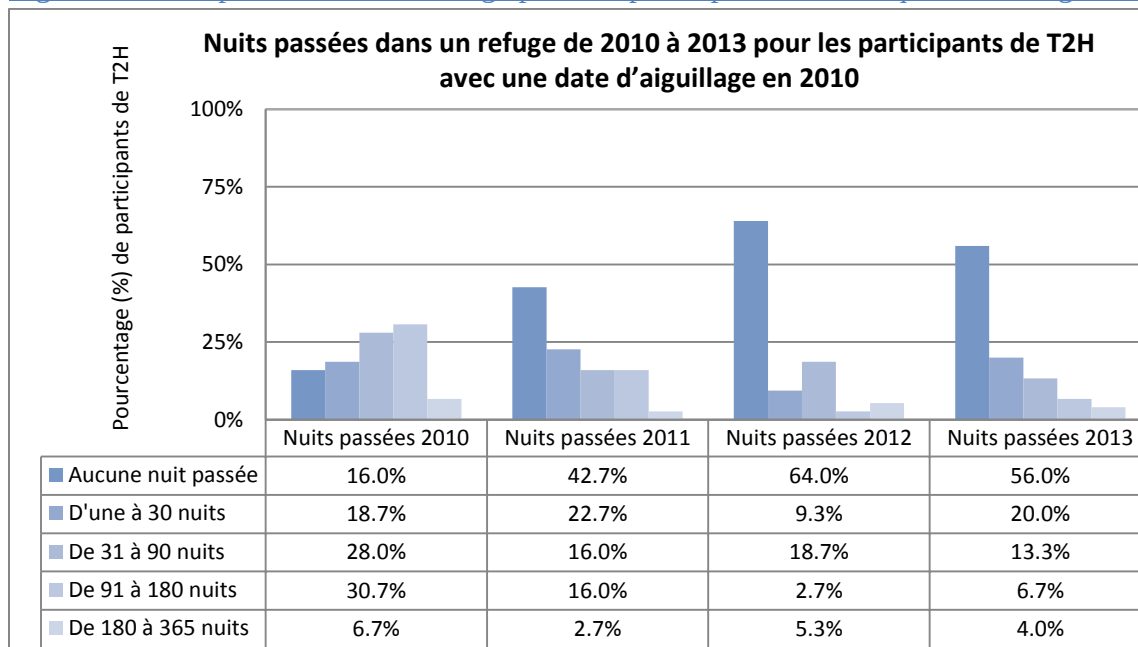


petite augmentation du pourcentage de personnes qui ont accédé à des refuges d'urgence pour 180 à 365 nuits a été observée. Cependant, en général, les taux de 2013 d'usage des refuges à longue durée, catégorisés en tant qu'usage pour 31 nuits ou plus étaient plus bas que ceux qui ont été observés en 2012. De plus, les taux d'usage de 2013 de 180 à 365 nuits étaient plus bas que ceux qui ont été observés pour 2011.

Les participants qui ont été recrutés au programme T2H en 2012 ont aussi éprouvé une baisse de l'usage des refuges. Les données de SIPFSA suggèrent qu'il y a eu une grande augmentation de la proportion de personnes qui n'ont pas passé de nuits entre 2012 (9,5 %) et 2013 (66,7 %). Pour ce groupe, il y a eu une baisse dans toutes les catégories d'usage de refuge de longue durée, défini en tant que 31 nuits ou plus. Il y a eu une petite augmentation de l'usage à longue durée des refuges de 2012 à 2013. En 2013, 37 des hommes énumérés dans la base de données de SIPFSA ont été aiguillés au programme T2H. Cependant, puisque ces personnes ont récemment été aiguillées, les résultats des données qui mesurent l'usage des refuges d'urgence ne sont pas encore disponibles.

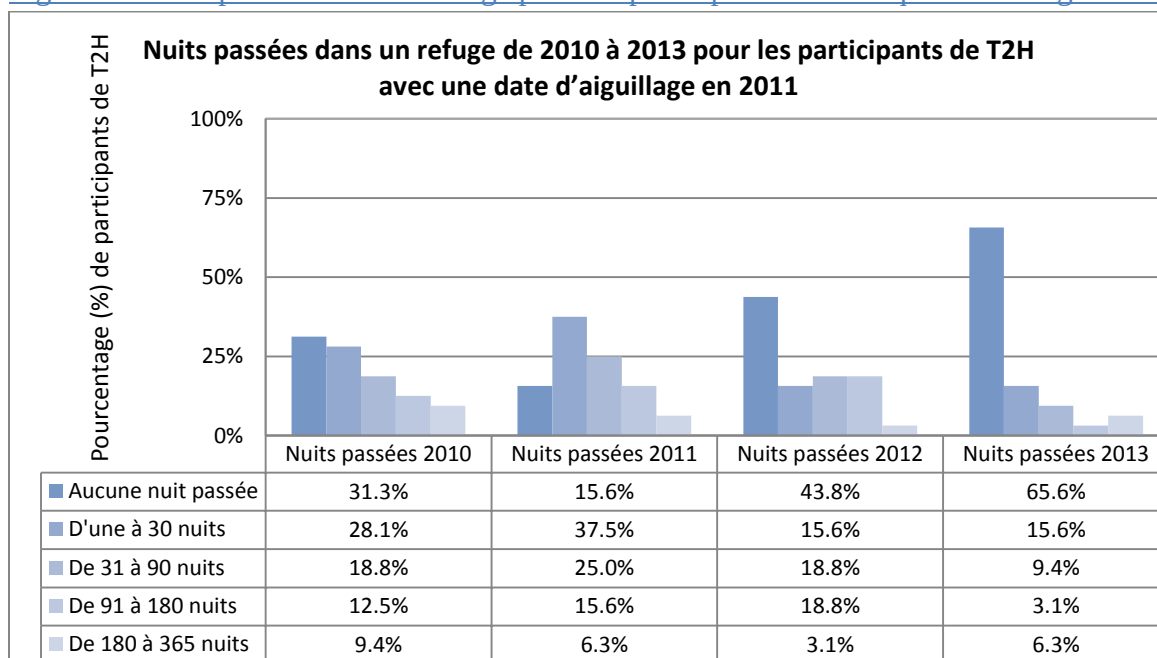
En plus d'accéder aux soutiens et aux services publiquement disponibles, un soutien de gestion des cas est fourni à tous les participants de T2H. Quand les participants s'inscrivent au programme T2H, ils acceptent de rencontrer régulièrement leur gestionnaire de cas. Les gestionnaires de cas ont décrit les services qu'elles fournissent à leurs clients, qui incluent l'aide à trouver un logement, obtenir une pièce d'identité, faire une demande pour un soutien du revenu, aller aux rendez-vous et aux rencontres, de l'aide avec les tâches de la vie quotidienne, travailler sur les objectifs identifiés des participants, et aider les participants à naviguer le système des services sociaux.

Figure 5 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui ont été aiguillés au programme en 2010



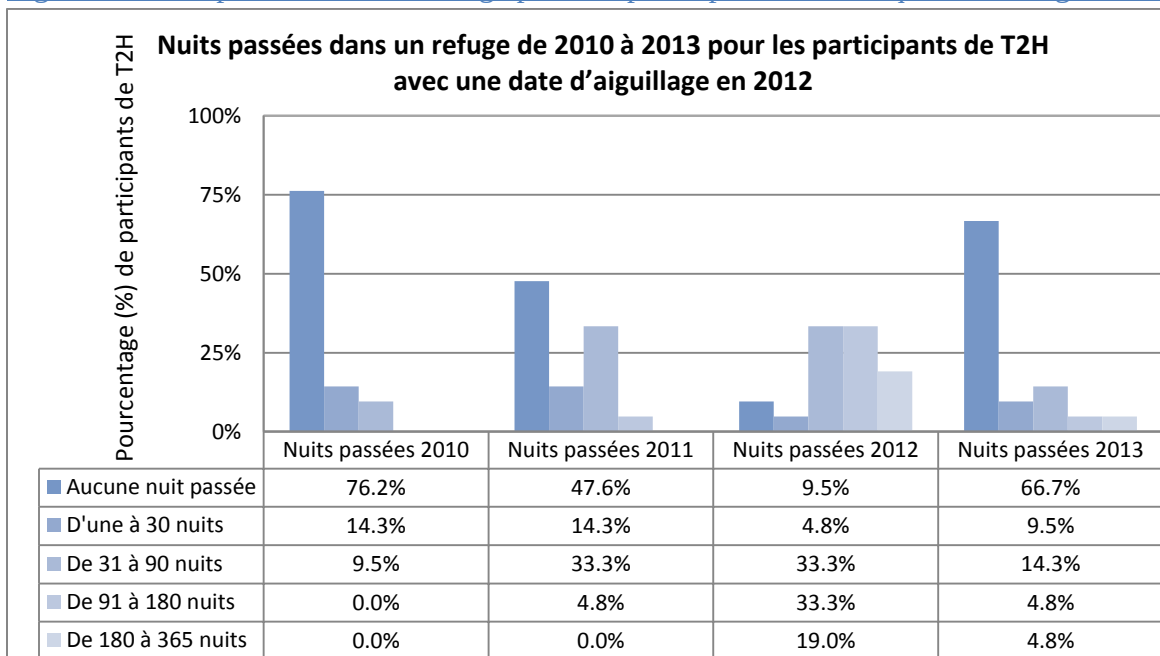
Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

Figure 6 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui étaient aiguillés au programme en 2011



Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

Figure 7 : Nuits passées dans un refuge pour les participants de T2H qui étaient aiguillés au programme en 2012



Source : Base de données de SIPFSA. Analyse menée par la Ville de Hamilton.

En plus des soutiens formels fournis par les gestionnaires de cas, certaines des rencontres ont servi de fonction sociale ou thérapeutique pour les participants. En rencontrant leurs gestionnaires de cas, les clients ont pu se sentir moins isolés et ils ont pu parler au sujet de leur vie. Une gestionnaire de cas a décrit la fonction sociale de certaines de ses rencontres de cette façon :

Je rencontre quelques personnes pour prendre contact et pour voir comment elles vont, ces personnes sont assez stables maintenant dans leur logement. Cependant, socialement, ils aiment parler à quelqu'un au sujet de ce qu'ils font pendant leurs jours. J'aime voir chaque client au moins toutes les deux semaines. Il y a deux clients que je vois chaque semaine, car ils ont des problèmes d'angoisse, mais puisqu'ils ont une relation avec moi, ils sortiront pour un café. J'ai beaucoup de cafés-rencontres.

Cette gestionnaire de cas a discuté au sujet de l'importance de rencontrer ses clients. Elle a indiqué que l'objectif principal de la plupart de ses rencontres était de travailler avec les clients sur leurs objectifs. Cependant, elle était prête à rencontrer ses clients pour leur donner des soutiens sociaux supplémentaires dont ils peuvent avoir besoin pour continuer d'avoir des locations stables.

Chaque gestionnaire de cas avait une approche un peu unique à la fourniture des services. Cependant, elles se concentraient toutes à permettre à leurs participants d'identifier leurs propres objectifs et besoins. Elles se



concentraient aussi à effectuer un rôle de défenseur et à aider à leurs clients, au lieu d'effectuer des tâches pour eux. Une gestionnaire de cas a dit :

Je trouve que la plupart des gens avec des dépendances, on ne peut pas s'approcher trop fortement à eux et on doit leur permettre d'être en charge avec leurs objectifs et à la vitesse à laquelle ils veulent avancer. Je dis : « parle-moi n'importe quand t'a l'envie ou bien quand tu veux, aucune pression ». S'ils manquent un rendez-vous, je dis : « ce n'est pas un gros problème ». Tu dois accepter de manquer des rendez-vous s'ils ne sont pas prêts à vous rencontrer ce jour-là. Tu dois créer une relation de travail, prendre un café, et développer une évaluation initiale. Je me concentre sur le redressement, développer un plan de redressement.

Lors de la discussion au sujet de ses interactions avec des clients, une autre employée a dit que son emploi impliquait :

Tout simplement être là. J'ai de la difficulté à penser à de grands mots pour cela. Ils sont souvent impatients et nerveux alors ça peut être quelque chose aussi simple que de participer à la clinique PAWS (People and Animal Welfare Solutions), leur donner toutes les ressources avec lesquelles nous pouvons leur aider, même aussi simple qu'imprimer une carte. Le déchargement, ils aiment décharger, ils veulent juste que quelqu'un les écoute. L'empathie, juste savoir que quelqu'un est dans leur coin. Une autre grande chose est la défense.

Ces gestionnaires de cas ont perçu leurs rôles comme étant un grand soutien tout en encourageant les participants du programme à essayer de résoudre les problèmes et de devenir impliqués dans la défense en leurs propres noms.

Tous les participants de T2H que nous avons interviewés étaient satisfaits du soutien qu'ils ont reçu de leur gestionnaire de cas, et plusieurs participants ont fait référence à leurs propres gestionnaires de cas en tant que « forces » associées avec le programme. Pour ces participants, leurs gestionnaires de cas ont pu leur aider à trouver un logement stable et elles les ont soutenus avec une myriade d'autres problèmes alors qu'ils travaillaient à rétablir des subsistances stables. Un participant a dit :

[Ma gestionnaire], elle est mon ange gardien, oui. Je lui dis toujours gentiment qu'elle est comme ma petite sœur que je n'ai jamais eue. Mais elle est mon ange gardien. Auparavant [ma gestionnaire] entraînait [dans le refuge], et ensuite un jour, j'ai commencé à parler avec elle et ensuite nous avons commencé à parler au sujet de différentes choses et bien d'autres choses. Et j'ai sorti de là et je louais un appartement meuble. Mais ensuite j'ai commencé à empirer encore et à m'isoler et je ne prenais pas correctement mes médicaments. Et ensuite j'ai eu une hospitalisation, une mauvaise psychose et j'ai perdu mon appartement et je suis retourné au refuge. Et c'est à ce moment-là que j'ai trouvé, elle avait recommandé, elle avait dit : « eh



bien, écoute, pourquoi ne pas essayer ceci? » Et ensuite je l'ai essayé. Je suis maintenant ici depuis deux années et trois mois. Ça n'a absolument pas été une voie parfaite, mais, mais, j'ai eu beaucoup d'encouragement et beaucoup de soutien.

Cette personne a accédé au programme T2H en s'approchant à une employée à un refuge. Elle a pu l'aider à sécuriser un logement stable. Bien qu'il ait éprouvé de nombreux événements d'instabilité de logement, le contact avec une gestionnaire de cas lui a aidé à travailler à maintenir un logement stable. L'unique problème concernant la gestion des cas qui a été exprimé par un participant était lié à la planification de la relève. Ce participant a dit :

Mais le taux de roulement des employées est brutal. Il est brutal, et, encore une fois, personnellement, avec les problèmes de confiance, d'abandon, devoir passer par une employée et ensuite une semaine plus tard être passé à une autre employée et avoir cette employée pendant huit mois et ensuite elle est en congé de maternité.

Certains participants peuvent devenir très connectés à leurs gestionnaires de cas. Ceci peut poser des problèmes quand une employée prend des vacances, déplace à un nouveau poste, ou prend un congé de maternité ou de maladie. Habituellement, les participants ont un peu d'exposition aux autres gestionnaires de cas. Cependant, cette exposition peut être limitée ou très informelle, ce qui engendre des obstacles à l'engagement à une relation de confiance quand les clients sont déplacés aux charges de travail des autres employées.

Les participants du programme ont aussi l'option d'accéder à un programme de soutien pour la toxicomanie et aux activités récréatives thérapeutiques. Wesley emploie une thérapeute en activités récréatives à temps plein et une gestionnaire de cas en toxicomanie à temps plein pour travailler avec les participants de T2H. Les programmes d'activités récréatives incluent un programme dans le gymnase, la natation, une ligue de quilles pendant l'hiver et une ligue de baseball pendant l'été, des dîners porte ouverte hebdomadaires, un programme à l'extérieur pendant l'été, des cours de cuisine, des groupes de déjeuner, le patinage, et des jours de films. De plus, la thérapeute en activités récréatives fournit une thérapie personnelle d'activités récréatives aux personnes en conformité à leurs plans de cas. Des soutiens de toxicomanie sont adaptés aux besoins individuels de chaque participant et ils se concentrent souvent sur la réduction des méfaits. Cependant, les participants peuvent choisir de travailler sur l'abstinence et des soutiens et des aiguillages sont fournis pour de l'aide avec la cessation. Ceux qui accèdent à ces services ont tendance à le faire pour du soutien avec l'usage de l'alcool, des drogues, et de la



nicotine. Les programmes d'activités récréatives et de toxicomanie sont facultatifs et les participants de T2H ne doivent pas accéder à ces services.

Notre analyse des données de T2H COTS indique que plus de 176 participants ont accédé à une certaine forme de programme d'activités récréatives lors de leurs tenures dans le programme et que 85 participants ont accédé à un soutien de toxicomanie. Ces résultats sont affichés dans le Tableau 14. Le nombre total des heures d'activités récréatives thérapeutiques fournies par le programme du 1^{er} janvier 2010 au 20 décembre 2013 était 2 667 avec une moyenne de 15,15 heures passées avec chaque participant. 1 035 heures de soutien ont été fournies par une gestionnaire de cas en toxicomanie avec une moyenne de 12,18 heures passées avec chaque participant.

Tableau 14 : Usage par type du service interne du programme Transitions to Home

Type de service utilisé	Nombre de participants (N)	Nombre d'heures de fourniture de services
Activités récréatives thérapeutiques	176	2 667
Soutien de toxicomanie	85	1 035

Ce ne sont pas tous les participants de T2H qui ont été interviewés dans cette étude qui ont accédé aux services d'activités récréatives thérapeutiques et de soutien de toxicomanie. Puisque le logement ne dépend pas du traitement, les participants ne doivent pas accéder à des ressources spécialisées. Cependant, ces ressources sont disponibles aux clients de T2H qui choisissent de les accéder. Plusieurs de participants qui ont été interviewés ont participé à des dîners d'accueil et à certaines des plus grandes réunions mondaines, telles que les barbecues estivaux ou les fêtes de Noël. Cependant, la plupart des participants qui n'ont pas participé activement aux programmes d'activités récréatives ont indiqué qu'ils ne s'intéressaient pas à y participer. D'autres avaient éprouvé de l'angoisse dans des environnements sociaux. Un participant a dit :

Et plusieurs fois, [ma gestionnaire] m'a dit : « Oh, il y a des piqueniques et des barbecues » et il y a ceci et cela. Plusieurs fois, honnêtement, je ne me sens pas à l'aise dans ces types d'environnements. Et ce n'est juste ça, mais je prends beaucoup de médicaments très sédatifs et parfois, je ne peux pas sortir de mon lit. Mais quand il s'agit de situations sociales, je me sens, je ne sais pas, je me sens mal à l'aise. Mais je me suis toujours senti un peu comme ça, même depuis que j'étais jeune et même quand j'étais avec mon épouse qui allait aux fêtes ou aux dances, et je me sentais toujours un peu, je ne me sentais pas sociable. J'avais presque l'impression que je n'y appartenais pas. Donc, c'est juste comment j'ai toujours été. J'ai toujours été une personne un peu solitaire.

Pour ceux qui ont régulièrement participé à un programme d'activités récréatives, ils l'ont trouvé très avantageux. Ces participants ont discuté la formation de relations sociales par l'entremise de programmes, l'usage des activités comme moyen d'utiliser leur temps et l'aide avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et l'usage des activités récréatives comme moyen d'améliorer leur santé générale et leurs expériences de bien-être. Une personne a décrit comment participer à des activités récréatives et des activités de bénévolat peut l'aider avec sa sobriété :

Mais, tu sais, les programmes d'été et les choses comme ça sont excellents. Ce que je veux dire c'est si tu veux participer, ils sont là. Et je l'ai fait, mais le terrain de baseball est loin de mon bout de la ville, surtout si tu ne conduis pas. Mais, tu sais, le côté social de cela, j'aime m'y impliquer plus. Peut-être comme bénévole ou quelque chose comme ça, tu sais, c'est quelque chose que je devrais présenter à certains groupes. Même si ce sont les banques alimentaires et des choses comme ça. Je m'ennuie, j'ai besoin de quelque chose à faire, c'est pour ça, tu t'ennuies et il n'y a rien à faire et la prochaine étape de l'ennui est de boire. C'est là où tu arrives et je ne veux pas arriver là encore, donc.

Un autre participant a pu utiliser le programme d'activités récréatives pour se faire de nouveaux amis qui ont aidé à cette personne à surmonter une peur de quitter la maison après le coucher du soleil :

Oui. Mais mon ami et moi, qui — j'ai peur de l'obscurité alors je ne sors pas la nuit, donc mon cerveau dit ok. Le soleil se couche à environ 19 h 30 maintenant. Je devrais — peu importe où je suis, je devrais commencer à rentrer à la maison vers 17 h ou 18 h car je ne peux pas être dehors. Mais je peux être dehors avec mon ami. Je peux être dehors avec [lui]. [Lui] et moi, nous avons un rendez-vous, je ne sais pas comment on l'appelle. Nous sommes amis. Mardi soir, nous allons voir un film. Il commence à 20 h 10. Vraiment? Je dois quitter la maison quand je veux vraiment rentrer à la maison? [Il dit] ça va aller. Tu seras avec moi. T'as de gros muscles, alors oui. Donc, je vais prendre un autobus et nous irons sur la montagne pour regarder un film. Mais il est mon ami des films. Il est mon ami de la natation, mon ami des films, mon ami des exercices.



Pour cette personne, les programmes d'activités récréatives étaient une façon importante de rencontrer des gens qui peuvent aider à surmonter les craintes paralysantes qui ont contribué aux problèmes d'accomplir les tâches quotidiennes de la vie.

Semblable aux programmes d'activités récréatives, les participants ne doivent pas accéder aux soutiens en toxicomanie. La gestionnaire de cas en toxicomanie de T2H utilise un cadre de réduction des méfaits pour fournir le niveau d'aide à une personne qu'elle demande. Un participant a discuté ce qu'il a éprouvé lors de l'obtention d'aide pour la réduction des méfaits pour ses dépendances :

Eh bien, j'ai parlé à la conseillère en toxicomanie, je souffre d'une maladie où un groupe de muscles au côté droit de mon cou ne fonctionne pas et le côté gauche, à cause de la flexion, pousse la cavité de la gorge vers le côté. Je suis un chanteur et n'importe quand j'ai une occasion de chanter, il y a tellement de fermeture dans la gorge que j'ai en fait remarqué que si je bois de l'alcool, elle s'ouvre. Mon médecin a dit que c'est vrai. Ma copine ne boit pas de l'alcool, elle a habituellement peur de l'alcool, mais elle a été avec moi quand j'ai joué et elle a vu quand j'ai bu deux bières et je sors exactement comme la même personne. Il y a un plus grand facteur de peur, comment est-ce que je peux faire cela constamment, je ne pense pas que je peux le faire très longtemps, car, tu sais, j'aime l'alcool. Mais, le restant du temps, je suis sobre. Alors, je suis plus sélectif de, tu sais, quand je travaille, tu sais, je n'essaies pas de travailler si souvent en raison du fait que cette invitation à l'addiction est là, mais c'est... oui, ça commence comme nécessité, mais c'est aussi cette occasion de l'utiliser abusivement.

Cette personne n'était pas encore prête à complètement s'abstenir de la consommation de l'alcool et il avait l'impression que c'était utile de consommer de l'alcool quand il chantait. Il a pu accéder à la gestionnaire de cas en toxicomanie et il a utilisé des stratégies de réduction des méfaits en consommant seulement deux bières à la fois. Il a aussi choisi de limiter le nombre de performances auxquelles il participait afin de contrôler combien d'alcool il consomme. D'autres répondants ont aussi discuté accéder à la gestionnaire de cas en toxicomanie afin de réduire ou de s'abstenir de l'usage de la nicotine, et de la consommation des drogues et de l'alcool.

LES RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS ET DES EMPLOYÉES POUR LE PROGRAMME T2H



Lors de nos entrevues des participants de T2H, chaque répondant a été demandé ce qu'il pensait améliorerait le programme. Les réponses à cette question étaient assez diversifiées. Certains participants n'étaient pas capables de penser à des recommandations, alors que d'autres ont fourni plusieurs suggestions. Certaines de ces suggestions incluaient de l'aide à accéder à des aliments sains, la fourniture de plus de groupes de soutien et l'accès à un psychologue clinicien, la fourniture de ressources pour commencer des projets de travail coopératifs, et l'augmentation des ressources afin de fournir un accès plus rapide à des appartements à un site unique.

En plus des opinions des participants, nous avons aussi demandé les gestionnaires de cas pour leurs recommandations et objectifs pour le programme dans le futur. Plusieurs des gestionnaires de cas ont suggéré que le programme et ses employées soient fournis avec des soutiens et des ressources supplémentaires. Une gestionnaire de cas a dit :

T'as onze gestionnaires de cas, mais t'as seulement une travailleuse en logement et une travailleuse en toxicomanie, il serait idéal d'avoir deux de chacun. Élargir certains des postes, peut-être avoir une membre de l'équipe avec des antécédents en nutrition, nous avons beaucoup de diabète, de VIH, d'hépatite C, tu peux les obtenir dans la communauté, mais plusieurs de nos participants annulent, donc avoir quelqu'un ici pour travailler personnellement avec les clients serait un atout. Je regarde ceux atteints du diabète et tous les autres problèmes, comment est-ce que nous faisons en sorte qu'ils demeurent sains et qu'ils ne perdent pas leurs membres? Il y a des limites à combien de fois tu peux faire un plan, mais avec un gars, je lui ai dit si t'as un abcès, tu dois immédiatement aller à l'hôpital. La nutrition est très importante pour eux; le facteur de la nutrition n'est pas toujours là. Maintenant, nous avec les jardins alors les gens apportent des légumes, des pommes de terre et des tomates et après la saison, tu reçois seulement ce qui est donné. La nutrition est une chose importante.

Cette gestionnaire de cas a suggéré d'agrandir l'équipe de soins cliniques pour inclure d'autres employées spécialisées pour aider les personnes avec des problèmes médicaux. Elle a aussi suggéré qu'il est important pour cette population d'avoir des soutiens sur site, car ils sont souvent incapables ou ils ne veulent pas accéder à d'autres soutiens au sein de la communauté. De plus, d'autres employées ont suggéré d'agrandir la capacité du programme en fournissant plus d'indemnités de logement qui sont utilisées pour loger rapidement les participants de T2H dans des logements indépendants dans des sites dispersés.

Plusieurs des gestionnaires de cas qui ont été interviewées pour cette étude ont fait des recommandations pour des ressources matérielles et des conditions de travail qui les aideraient à effectuer les tâches de leur emploi.



Certaines de ces ressources incluait des cellulaires fournis par Wesley, l'accès à des clés de connectivité mobile, et des améliorations des paies et des heures de travail. Une gestionnaire de cas a discuté l'importance d'avoir l'information et les ressources convenables :

Je crois que la formation est importante, ça serait beau d'avoir une trousse de ressources disponibles au sein du programme, même si c'est juste par l'entremise de Wesley, je disais qu'avec d'autres programmes dans la communauté, ils donnent de belles petites trousse pour s'introduire, pas nécessairement les cartes-cadeau, nous avons une grande augmentation de services, mais je ne vois pas la même chose que d'autres programmes où tu quittes [une autre agence] avec un livret complet au sujet de ce qu'ils font ainsi que d'autres programmes. Donc, je ne crois pas que nous faisons assez de stratégie de marque. Quelque chose d'autre à offrir... parfois, nous sommes très, je veux dire marginalisées, c'est très rigide dans le budget, un peu plus de flexibilité là. Si je vois quelqu'un qui a très faim et il est un peu fâché, afin de désamorcer une situation, de pouvoir lui acheter un sandwich. Ils nous disent d'essayer de seulement acheter un café pour économiser de l'argent. Les billets d'autobus aident, au lieu du laissez-passer, car je peux les donner, mais j'ai l'impression que je dois les budgéter davantage, car je ne veux pas aller en demander davantage.

Selon cette personne, fournir des ressources supplémentaires, telles que des aliments et des trousse d'information lui aiderait avec ses efforts de s'engager avec des personnes dans la communauté et de les aider.

En plus de recommandations pour des ressources supplémentaires, les gestionnaires de cas ont été demandées de décrire leur vision pour le futur du programme T2H. La majorité des répondantes envisageaient l'expansion du programme et une plus grande capacité d'aider à loger les clients. La citation suivante fournit des opinions de certains des objectifs futurs des employées pour leur programme :

J'espère que nous pourrions loger plus de personnes, que nous pourrions obtenir plus de financement, et que nous pourrions aider plus de personnes à maintenir leurs logements. J'aimerais que nous obtenions notre propre édifice, je ne sais pas si ce sera possible, c'est peut-être un vœu pieux. Comme le programme des maisons. T'as tout un édifice et tu gères, tu gères les cas, toutes les personnes dans l'édifice.

L'idée d'offrir un édifice unique ou de site rassemblé de Logement d'abord avec un soutien sur site de gestion des cas a été présentée par cette gestionnaire de cas, ainsi que par une informateur clé, comme façon d'aborder le manque de logements abordables et le besoin de soutiens individualisés des participants. Dans les deux cas, cette idée a été présentée en tant qu'un rêve idéal pour le futur, l'un qui exigerait l'accès à de nombreuses ressources.



DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Nos résultats indiquent que le programme T2H a réussi à stabiliser les locations et à améliorer les résultats pour ses clients. Ces données qualitatives et quantitatives soulignent les nombreuses réussites de ce programme. Cependant, nous avons aussi découvert qu'il y a des endroits où il peut y avoir des améliorations. Cette section discute nos résultats et elle fournit des recommandations générales pour le succès continu du programme.

Les clients de T2H sont un peu plus âgés que la population générale qui utilise les refuges à Hamilton. Ceci pourrait signifier que ceux qui éprouvent l'itinérance à longue durée ont tendance d'être plus âgés. Des recherches supplémentaires sont requises pour déterminer si ceci est vrai ou non. Cependant, ce peut aussi signifier que les plus jeunes hommes ne s'engagent pas fréquemment au programme. T2H n'est pas actuellement mandaté de travailler avec les jeunes. Cependant, un engagement visé avec les hommes âgés de la fin de 20 ans ou du début de l'âge de 30 ans peut améliorer l'accès au T2H pour les plus jeunes hommes.

Les données de SIPFSA indiquent que T2H remplit son mandat de fournir des services à la population des refuges d'urgence pour les hommes de longue durée. Cependant, nos résultats qualitatifs indiquent que des types d'engagement plus créatifs peuvent être nécessaires pour recruter et maintenir un contact avec ceux qui ne sont pas actifs dans le programme. Ceci peut inclure la fourniture d'une employée spécialisée pour la gestion des cas ou bien des équipes de services cliniques qui sont spécifiquement responsables de rechercher et de déterminer les meilleures pratiques pour l'engagement avec cette population. Actuellement, les heures de service du refuge de T2H sont distribuées parmi les membres de l'équipe de gestion des cas. T2H maintient une présence dans chacun des refuges pour les hommes de Hamilton pour quatre heures par semaine. Fournir le soutien supplémentaire d'une employée spécialisée peut augmenter la présence physique du programme dans les refuges et fournir des occasions supplémentaires de s'engager avec des clients potentiels.

En plus de la création d'innovations du programme pour augmenter l'engagement, nos résultats qualitatifs indiquent qu'il y a un besoin général de continuer de trouver des façons de réduire les divisions organisationnelles. La Ville de Hamilton a commencé à travailler sur la création de cela en établissant Shelter Standards et HESICC. Cependant, puisque toutes les agences sont en concurrence pour des ressources limitées,



nous suggérons que tous les fournisseurs des services de logement des hommes de Hamilton continuent de travailler ensemble, en coopération avec la Ville de Hamilton, afin de trouver des façons de résoudre les problèmes, partager les ressources, et démanteler les obstacles et les divisions organisationnels.

Alors que la stabilité du logement augmente avec des périodes plus longues d'implications dans le programme et que l'usage des refuges d'urgence baisse, nous recommandons l'usage continu d'un modèle de Logement d'abord afin de loger activement la population des hommes sans abri à longue durée à Hamilton. Une petite proportion de tous les aiguillages (N=9) figurait sur la liste d'attente pour le programme, ce qui suggérerait un petit besoin d'une plus grande capacité du programme.

Lors de la discussion au sujet du programme T2H avec les non participants qui étaient admissibles pour être inscrits au programme, nous avons découvert que la majorité de nos échantillons ne connaissaient pas ou bien ils avaient une connaissance limitée du programme et de ses avantages. Des ressources supplémentaires pour l'engagement et de la créativité dans l'engagement peuvent aider à informer des participants potentiels au sujet des avantages du programme. Les gestionnaires de cas et les informateurs clés ont suggéré que des sessions d'information au sujet des ressources qui sont disponibles à Hamilton et des documents accessibles au sujet du programme peuvent aider à engager de nouveaux participants.

Les données de T2H COTS indiquent qu'un pourcentage élevé de participants qui ont récemment été recrutés en 2013 habitent dans des logements d'urgence. Ceci peut être un résultat de l'emplacement des participants dans des locations partagées pendant qu'ils attendent pour une indemnité de logement et pour qu'un appartement individuel devient disponible. De plus, les gestionnaires de cas qui ont été interviewées ont discuté l'importance de fournir plus d'indemnités de logement pour aider à loger rapidement les personnes. Nos données indiquent qu'il y a un besoin d'augmenter le nombre d'indemnités de logement qui sont disponibles et de continuer de travailler avec les locateurs afin de loger les participants du programme. Le poste d'une employée en logement est un rôle unique. Cette personne est capable d'aider et de défendre pour les locateurs en assumant certains des risques associés aux logements des participants. Nous suggérons que T2H continue de créer des relations positives avec leurs locateurs. Nous suggérons aussi que les avantages de loger les participants, par exemple, les participants sont capables de demander que leur loyer soit payé directement au locateur à partir des chèques d'avantages sociaux le premier jour de chaque mois, soit partagé avec les locateurs



de Hamilton qui ne participent pas actuellement au programme afin de sécuriser une capacité supplémentaire de location pour le programme.

Nos entrevues de l'équipe des gestionnaires de cas indiquent un besoin d'augmenter les ressources du programme. Certaines de ces ressources incluent des cellulaires assignés et des clés de connectivité portative pour l'usage lors de l'engagement dans la communauté, l'accès à plus de laissez-passer pour l'autobus, et des documents utiles et accessibles au sujet du programme à fournir aux clients potentiels. De plus, certains membres de l'équipe de T2H avaient imaginé la création d'un édifice de Logement d'abord dans un emplacement unique qui contient des appartements indépendants ainsi que de l'espace partagé pour le programme où les soutiens de gestion des cas peuvent être fournis à la demande des clients. À l'aide de recherches et de ressources supplémentaires, cette vision peut être réalisable dans le futur. Nous recommandons à ce que toutes les démarches à la création d'un édifice dans un emplacement unique incluent une stricte conformité à la fidélité du modèle de Logement d'abord. Ceci aidera à maintenir les principes clés du programme.

En général, les travaux des services sociaux ont un taux élevé de roulement. Nos entrevues des gestionnaires de cas ont indiqué que les participants du programme peuvent s'attacher à leur travailleuse particulière des services sociaux. Cependant, les facteurs humains de l'emploi tels que la maladie de l'employée, le congé de maternité, l'échéance contractuelle, et le roulement du personnel sont souvent inévitables. Ceci pose des problèmes quand les participants du programme doivent être déplacés aux charges de travail des autres travailleuses, ce qui suggère le besoin de trouver des façons novatrices d'engager et de familiariser les participants avec les travailleuses secondaires qui peuvent aussi se familiariser avec les besoins des clients et créer des relations de confiance. Cependant, actuellement, les ressources ne permettent pas aux employées d'avoir des clients primaires et secondaires, car plusieurs gestionnaires de cas ont actuellement de pleines charges de cas.

En demandant les participants et les non participants de T2H au sujet de leurs historiques de logement, il est devenu évident que la majorité de ces personnes avait éprouvé une certaine forme de traumatisme au début de leur vie. L'une des gestionnaires de cas a indiqué que les expériences de traumatisme au cours de la vie semblent engendrer la prise de confort des personnes à vivre dans le chaos et à y retourner. De plus, nos entrevues suggèrent qu'à l'aide de plus d'expositions, les personnes commencent à normaliser leur vie dans un refuge. Tous les participants de T2H sont restés dans un refuge d'urgence ou bien ils ont été sans abri pendant au moins 30 jours. Ceci suggère le besoin de fournir aux personnes l'accès au counseling, à l'ajustement, et aux



ressources de réintégration communautaire. Actuellement, les participants peuvent accéder à une travailleuse en services sociaux qui est fournie par la Ville de Hamilton. Cependant, il y a une liste d'attente pour ce service et il y a un besoin pour des soutiens supplémentaires de counseling.

Presque tous les répondants qui avaient éprouvé l'itinérance à longue durée ont aussi éprouvé une certaine forme de traumatisme quand ils étaient jeunes ou bien un traumatisme durant l'enfance. Le traumatisme a généralement eu lieu dans la maison familiale, en raison d'expériences familiales de pauvreté, d'usage parental de drogues ou d'alcool et/ou de problèmes de santé mentale, et d'abus. Le traumatisme a aussi eu lieu après que les personnes ont quitté ou après qu'elles étaient enlevées de leurs maisons. Ceci était associé à l'entrée dans une vie institutionnalisée ou de placement familial et des expériences d'instabilité de logement. Nous avons aussi remarqué que plusieurs participants ont abandonné l'école secondaire à un jeune âge et qu'ils ont commencé à vivre dans des circonstances instables. Alors que les communautés travaillent pour mettre fin à l'itinérance, elles doivent aussi s'efforcer à prévenir la perte du logement et l'instabilité. Notre recherche suggère une grande nécessité de fournir aux familles à revenu bas et à risque élevé, aux enfants, et aux jeunes à Hamilton l'accès à des ressources convenables pour aider à promouvoir la stabilité. Les expériences des hommes dans cette étude ont démontré un lien fort entre le traumatisme subi quand ils étaient jeunes et les expériences ultérieures d'instabilité de logement. Afin de passer de la réaction à l'itinérance à sa prévention, des ressources doivent être dépensées sur la stabilisation des familles qui éprouvent des niveaux élevés de besoins.

Nos entrevues suggèrent que les participants de T2H faisaient face à moins d'obstacles à l'accès de logements que ceux qui n'étaient pas inscrits dans le programme. L'aide offerte par le programme à trouver un logement, à remplir les documents, à accéder aux soutiens convenables pour le revenu, les indemnités de logement, et l'accès immédiat au loyer du premier et du dernier mois ont fourni des avantages aux participants de T2H alors qu'ils recherchaient un logement. Les expériences des personnes qui n'étaient pas inscrites dans le programme font ressortir l'utilité de fournir de l'aide de Logement d'abord pour ceux qui éprouvent l'itinérance à longue durée.

En plus de l'aide à trouver un logement, plusieurs des participants de T2H échantillonnés ont discuté l'importance des programmes d'activités récréatives thérapeutiques à l'établissement de locations stables. L'accès aux activités récréatives a fourni aux participants un moyen de se lier à d'autres participants du programme qui ont eux aussi éprouvé un désengagement social et qui travaillaient à sécuriser des locations stables. Pour d'autres participants, les activités récréatives ont servi d'une forme de réduction de méfaits, en



prenant la place de la consommation des drogues ou de l'alcool. Les participants ont exprimé que les programmes d'activités récréatives leur ont permis de guérir et de former de nouvelles relations.

Notre recherche suggère que la condition de certains des stocks de logements au centre-ville de Hamilton requièrent une amélioration. Spécifiquement, les personnes qui essayaient d'accéder à un logement sans avoir le soutien du programme ont discuté qu'elles n'étaient pas capables de trouver des logements convenables qui étaient propres et bien entretenus. Plusieurs participants, peu importe s'ils étaient inscrits dans le programme ou non, avaient éprouvé des problèmes avec la lutte contre les insectes et les animaux nuisibles ou bien ils s'en inquiétaient. Il est extrêmement difficile et coûteux de se débarrasser des punaises des lits. Bien que les locataires aient la responsabilité de débarrasser physiquement un appartement des punaises des lits, c'est la responsabilité des locataires d'assurer qu'ils ont bien préparé ce qui leur appartient dans leurs logements pour la vaporisation et la lutte contre les insectes et les animaux nuisibles. Le programme T2H donne aux participants des soutiens pour cela. Une éducation et des ressources supplémentaires pour aider les locataires, les locataires, et tous les résidents à Hamilton peuvent s'avérer utiles pour la lutte contre les insectes et les animaux nuisibles.

Puisque l'usage répandu des modèles de Logement d'abord en Amérique du Nord est relativement nouveau, on en sait très peu au sujet de ce qui arrive aux participants une fois qu'ils atteignent la stabilité et la maintiennent pendant des périodes prolongées. Le programme T2H fait le suivi des résultats des participants qui n'exigent plus un soutien fréquent de gestion de cas. Ces personnes sont énumérées en tant que travaillant en entretien et elles peuvent contacter le programme et accéder à une gestionnaire de cas si elles exigent de l'aide dans le futur ou bien si une crise se présente. Ceci est considéré un modèle durable de « diplôme », car il permet aux gestionnaires de cas d'ajouter de plus nouveaux clients à leurs charges de cas. Cependant, il fournit aussi aux diplômés la capacité d'accéder à des soutiens si des déclencheurs potentiels pour l'instabilité se produisent dans le futur. Afin d'évaluer davantage la valeur continue de ce modèle, des recherches supplémentaires devraient se concentrer sur la compréhension des expériences des personnes d'entretien.

DES LEÇONS POUR D'AUTRES COMMUNAUTÉS QUI CHERCHENT À METTRE EN ŒUVRE UN PROGRAMME DE LOGEMENT D'ABORD

L'un des objectifs initiaux de cette recherche était d'examiner le programme T2H pour déterminer quelles sont les meilleures pratiques ou les composantes clés du programme que d'autres communautés peuvent utiliser quand elles introduisent leurs propres programmes de Logement d'abord. Le programme T2H utilise un modèle de gestion de cas intensif. Cependant, nous croyons que ces recommandations peuvent être adoptées pour les communautés qui souhaitent utiliser un modèle de traitement communautaire dynamique. Grâce à notre recherche, nous avons déterminé qu'il y avait six facteurs que nous suggérons que les communautés gardent à l'esprit quand elles pensent au Logement d'abord. Dans cette section, nous énumérons ces composantes d'une façon accessible, afin d'essayer d'aider aux décideurs à développer leur propre programme. Nous suggérons ce qui suit :

- 1) Les programmes de Logement d'abord devraient offrir une vaste gamme de soutiens personnalisables : dans notre recherche, nous avons découvert que les programmes de soutien pour la toxicomanie sur site et l'accès à une thérapie récréative ont aidé les participants à rétablir la stabilité dans leur vie. Bien que les participants ne doivent pas accéder à ces soutiens, nous avons découvert qu'il était très avantageux de faire en sorte qu'ils soient disponibles. Par exemple, en offrant des activités récréatives thérapeutiques, le programme T2H a pu aider les participants avec la réduction des méfaits et la formation de nouvelles connexions sociales avec d'autres participants du programme. En raison du traumatisme que nos échantillons ont indiqué qu'ils éprouvaient, nous suggérons qu'un accès facile et rapide aux travailleurs sociaux et aux psychologues soit fourni à tous les participants qui identifient le désir de consulter un conseiller clinicien.
- 2) Les programmes de Logement d'abord devraient être conçus pour répondre aux besoins de la communauté locale : T2H a été conçu pour être un effort collaboratif de Wesley Urban Ministries et des fournisseurs des refuges d'urgence des hommes de Hamilton. Ceci permet le recrutement et la consultation avec les fournisseurs des refuges d'urgence. Nos conclusions ont révélé que la majorité des participants du programme ont été recrutés de refuges d'urgence. Nous suggérons que d'autres
- 3)

- 4) communautés travaillent en collaboration avec d'autres fournisseurs de services, agences, et le gouvernement local afin de concevoir, mettre en œuvre, et gérer leurs programmes.
- 5) Les programmes de Logement d'abord devraient développer des stratégies d'engagement créatives et convenables qui répondent le mieux à leurs besoins pour se lier à leurs populations locales qui éprouvent une précarité de logement.
- 6) Les programmes de Logement d'abord devraient trouver des moyens d'établir de fortes relations avec les locateurs : le programme T2H avait une agente de logement qui était responsable de travailler avec les gestionnaires de cas pour aider à leurs clients à trouver un logement. Cette agente était aussi responsable d'agir en tant que liaison entre le programme et les locateurs. Ceci a fourni aux locateurs un moyen d'exprimer leurs préoccupations. Cette agente était aussi capable d'aider les gestionnaires de cas et les locateurs à comprendre les droits des locateurs et des locataires. Il peut s'avérer utile dans d'autres communautés d'avoir une personne désignée qui travaille avec les locateurs.
- 7) Les programmes de Logement d'abord devraient être au courant des taux de roulement du personnel et mettre en œuvre des stratégies de planification de la relève qui réussissent : les participants de T2H ont discuté les difficultés qu'ils ont éprouvées quand ils ont dû changer d'employés. Il peut être difficile d'établir des relations de confiance entre les employés et ceux qui ont éprouvé le traumatisme et l'itinérance à longue durée. Nos conclusions suggèrent que trouver des façons pour assurer que les participants sont à l'aise de travailler avec différents membres du personnel peut être important pour un engagement continu.
- 8) Les programmes de Logement d'abord devraient avoir un modèle d'entretien postintervention pour aider ceux qui n'exigent plus un soutien actif : le programme T2H a fonctionné avec les personnes qui ont obtenu un logement stable, qui ont réalisé de nombreux objectifs de vie, et qui n'exigent plus un soutien intensif de gestion de cas. Ces personnes ont été placées dans une catégorie d'entretien, où leurs gestionnaires de cas les téléphoneraient occasionnellement pour voir si des soutiens étaient requis. De plus, les participants ont pu téléphoner leurs gestionnaires de cas n'importe quand s'ils croyaient qu'ils avaient besoin de soutien ou s'ils étaient dans une crise. Les participants qui ont terminé le programme ont aussi pu continuer d'accéder à un programme d'activités récréatives.



CONCLUSION

Par l'entremise de notre effort visant à examiner et à comprendre les résultats et les expériences associées à la participation dans le programme de Logement d'abord de Hamilton, nous avons remarqué que l'inscription au programme T2H était associée à une baisse de l'usage des refuges. De plus, nous avons remarqué que les hommes qui sont inscrits dans le programme exprimaient généralement qu'ils éprouvaient une plus grande

stabilité en matière de logement et dans leur vie quotidienne. L'échantillon de participants de T2H qui ont été interviewés pour cette étude a aussi éprouvé moins d'obstacles lorsqu'ils essayaient d'accéder au logement. Diverses parties de ce programme, y compris l'accès aux employés de la gestion des cas, au soutien de la toxicomanie, aux programmes d'activités récréatives, et à l'aide à trouver et à maintenir un logement ont contribué à ces expériences positives.

Nos résultats suggèrent aussi le besoin de continuer d'adapter le programme au sein du contexte du cadre de la politique de l'itinérance et du logement de Hamilton, de continuer d'assurer que T2H peut s'engager avec les personnes qui éprouvent l'itinérance à longue durée et à réussir à les loger. Nos données qualitatives indiquent que de nouveaux modèles d'engagement devraient être examinés. De plus, élargir le programme afin de loger rapidement les personnes dans des logements uniques peut s'avérer utile à l'établissement rapide de locations sécuritaires.

En plus de nos résultats qui se rapportent spécifiquement au programme T2H, nous avons remarqué qu'une plus grande emphase doit être portée à l'engagement avec tous les ordres de gouvernement et les locateurs potentiels afin d'augmenter le stock de logements convenables et abordables en construisant, rénovant, ou allouant des logements actuels en tant que logements abordables. Nos résultats suggèrent aussi que les bailleurs de fonds et les fournisseurs de services devraient continuer de travailler à soutenir les familles à bas revenu afin de promouvoir les expériences de stabilité chez les enfants et les jeunes.

RÉFÉRENCES

- Atherton, I., & Nicholls, C. M. (2008). Housing First as a means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness*, 2, 289.
- Auerswald, C. L., & Eyre, S. L. (2002). Youth homelessness in San Francisco: A life cycle approach. *Social Science and Medicine*, 54(10), 1497.
- Austen, A., & Sirko, A. (2003). *Progress on homelessness in Hamilton*. (No. HCS03034). Hamilton: ON: City of Hamilton.
- Backer, T. E., & Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 375.
- Badiaga, S., Raoult, D., & Brouqui, P. (2008). Preventing and controlling emerging and reemerging transmissible diseases in the homeless. *Emerging Infectious Diseases*, 14(9), 1353.
- Badiaga, S., Richet, H., Azas, P., Zandotti, C., Rey, F., Charrel, R., & Brouqui, P. (2009). Contribution of a shelter-based survey for screening respiratory diseases in the homeless. *The European Journal of Public Health*, 19(2), 157.
- Baldry, E., McDonnell, D., Maplestone, P., & Peeters, M. (2006). Ex-prisoners, homelessness and the state in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 39(1), 20.
- Barrow, S. M., Herman, D. B., Cordova, P., & Struening, E. L. (1999). Mortality among homeless shelter residents in New York City. *American Journal of Public Health*, 89(4), 529.
- Bassuk, E. L., & Rosenberg, L. (1988). Why does family homelessness occur? A case-control study. *American Journal of Public Health*, 78(7), 783.
- Bean, K. F., Shafer, M. S., & Glennon, M. (2013). The impact of Housing First and peer support on people who are medically vulnerable and homeless. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 48.
- Bratt, R. G. (2002). Housing and family well-being. *Housing Studies*, 17(1), 13.
- Breakey, W. R., & Fischer, P. J. (1990). Homelessness: The extent of the problem. *Journal of Social Issues*, 46(4), 31.
- Bryant, T. (2003). The current state of housing in Canada as a social determinant of health. *Policy Options*, 24(3), 52.



- Buehler, C., Orme, J. G., Post, J., & Patterson, D. A. (2000). The long-term correlates of family foster care. *Children and Youth Services Review*, 22(8), 595.
- Burt, M. R. (2002). *Evaluation of continuums of care for homeless people: Final report*. Virginia: MD: Department of Housing and Urban Development.
- Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC). (2003). *Applicability of a continuum of care model to address homelessness* (No. 63287). Ottawa: ON: CMHC.
- Caton, C. L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., & Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753.
- Caton, C. L., Wilkins, C., & Anderson, J. (2007). People who experience long-term homelessness: Characteristics and interventions. In *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*.
- Chamberlain, C., & Johnson, G. (2013). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology*, 49(1), 60.
- Chwastiak, L., Tsai, J., & Rosenheck, R. (2012). Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care. *American Journal of Public Health*, 102(12), e83.
- City of Hamilton. (2008). Information report. Retrieved 11/13, 2013, from <http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/7EB6F5E3-C25D-452B-AA4B-1E5BB337D45F/0/Oct22Item54ECS08047INFOREPORTHostelstoHomesUpdate.pdf>
- City of Hamilton. (2008b). Emergency shelters funding potential pressure. Retrieved 11/20, 2013, from <http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/9BB9B46A-F038-4D78-A597-1AB7BE6E5091/0/May21ECS08026May2008emergencyshelterfundingreport.pdf>
- City of Hamilton. (2009). Implementation strategy for the blueprint for emergency shelter services. Retrieved 11/16, 2013, from <http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/91444C26-D500-4D9D-8054-B8C062554BCC/0/Nov18Item81CS09015aBlueprintImplementationStrategy.pdf>
- City of Hamilton. (2010). Information report. Retrieved 11/16, 2013, from http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/2F078463-CC8D-4B30-B13F-0E44C94845BC/0/Sep22EDRMS_n93113_v1_5_4_CS10077_Update_Hostels_to_Homes_Pilot.pdf
- City of Hamilton. (2013a). About Hamilton. Retrieved 11/25, 2013, from <http://www.hamilton.ca/CityServices/Careers/EmployeeOrientation/AboutHamilton.htm>



- City of Hamilton. (2013b). 2015 Pan American games. Retrieved 11/20, 2013, from <http://www.hamilton.ca/ProjectsInitiatives/2015-Pan-American-Games/>
- City of Hamilton. (2013c). Rapid transit: Moving Hamilton forward. Retrieved 11/20, 2013, from <http://www.hamiltonrapidtransit.ca/>
- City of Hamilton. (2013d). Community homelessness prevention initiative review. Retrieved 03/29, 2014, from <http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/FC3F67E7-44EF-4CFF-888B-6682C0055BDF/0/Nov2571CS13017a.pdf>
- Clifasefi, S. L., Malone, D. K., & Collins, S. E. (2013). Exposure to project-based Housing First is associated with reduced jail time and bookings. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 291.
- Collins, D. (2010). Homelessness in Canada and New Zealand: A comparative perspective on numbers and policy responses. *Urban Geography*, 31(7), 932.
- Collins, S. E., Malone, D. K., Clifasefi, S. L., Ginzler, J. A., Garner, M. D., Burlingham, B., & Larimer, M. E. (2012). Project-based Housing First for chronically homeless individuals with alcohol problems: Within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American Journal of Public Health*, 102(3), 511.
- Culhane, D. P., Park, J. M., & Metraux, S. (2011). The patterns and costs of services use among homeless families. *Journal of Community Psychology*, 39(7), 815.
- Daly, G. (2013). *Homeless: Policies, strategies and lives on the streets*. New York: NY: Routledge.
- DeLisi, M. (2000). Who is more dangerous? Comparing the criminality of adult homeless and domiciled jail inmates: A research note. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(1), 59.
- DeSilva, M. B., Manworren, J., & Targonski, P. (2011). Impact of a Housing First program on health utilization outcomes among chronically homeless persons. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2(1), 16.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46(44), 1149.
- Fischer, S. N., Shinn, M., Shrout, P., & Tsemberis, S. (2008). Homelessness, mental illness, and criminal activity: Examining patterns over time. *American Journal of Community Psychology*, 42(3-4), 251.
- Fisk, D., Rakfeldt, J., & McCormack, E. (2006). Assertive outreach: An effective strategy for engaging homeless persons with substance use disorders into treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 479.



- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., & Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370.
- Forchuk, C., Schofield, R., LibbeyJoplin, R. C., Gorlick, C., & Turner, K. (2011). Housing, income support, and mental health: Points of disconnection. In Forchuk, C., Csiernik, R., Jensen, E. (Ed.), *Homelessness, housing, and mental health: Finding truths, creating change* (pp. 35). Toronto: ON: Canadian Scholars' Press.
- Frankel, T. (2009). Exodus: 40 years of deinstitutionalization and the failed promise of community-based care. *Dalhousie Journal of Legal Studies*, 12, 1.
- Frankish, C. J., Hwang, S. W., & Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S23.
- Gaetz, S. (2010). The struggle to end homelessness in Canada: How we created the crisis, and how we can end it. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 21-26.
- Gaetz, S., Donaldson, J., Richter, T., & Gulliver, T. (2013). *The state of homelessness in Canada 2013*. Toronto: ON: The Homeless Hub.
- Gaetz, S., Scott, F., Gulliver, T. (Ed.). (2013). *Housing First in Canada: Supporting communities to end homelessness*. Toronto, ON: Canadian Homeless Research Network Press.
- Gilmer, T., Manning, W., & Ettner, S. (2009). A cost analysis of San Diego County's REACH program for homeless persons. *Psychiatric Services*, 60(4), 445.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., et coll. (2011). The at Home/Chez soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1(2).
- Government of Canada. (2013b). Housing First: Myth vs. reality. Retrieved 11/15, 2013, from http://www.esdc.gc.ca/eng/communities/homelessness/myth_vs_reality.shtml
- Graham, J. R., & Schiff, J. W. (2010). Homelessness in Canada. *Journal of Society of Social Welfare*, 37, 9.
- Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4), 233.



- Grinman, M. N., Chiu, S., Redelmeier, D. A., Levinson, W., Kiss, A., Tolomiczenko, G., & Hwang, S. W. (2010). Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: Prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*, 10(1), 94.
- Grube-Cavers, A., & Patterson, Z. (2013). *Urban rapid rail transit and gentrification in Canadian urban centres-A survival analysis approach*. Montreal: QC: Interuniversity Research Centre on Expertise Networks, Logistics and Transportation.
- Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and Housing First programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 171-186.
- Hackworth, J. & Moriah, A. (2006). Neoliberalism, contingency and urban policy: The case of social housing in Ontario. *International Journal of Urban and Regional Research*, 30, 510.
- Hamilton, A. B., Poza, I., & Washington, D. L. (2011). Homelessness and trauma go hand-in-hand”: Pathways to homelessness among women veterans. *Women’s Health Issues*, 21(4), S203.
- Hanratty, M. (2011). Impacts of heading home Hennepin’s Housing First programs for long-term homeless adults. *Housing Policy Debate*, 21(3), 405.
- Hedican, E. J. (2012). *Social anthropology: Canadian perspectives on culture and society*. Toronto: ON: Canadian Scholars’ Press.
- Huey, L., & Quirouette, M. (2010). (2010). ’Any girl can call the cops, no Problem ’The influence of gender on support for the decision to report criminal victimization within homeless communities. *British journal of criminology*, 50(2), 278-295. *British Journal of Criminology*, 50(2), 278.
- Hulchanski, J. D. (2002). *Housing policy for tomorrow’s cities*. Ottawa: ON: Canadian Policy Research Networks.
- Hulchanski, J. D. (2009). Homelessness in Canada: Past, present, future. *Speech Presented at Growing Home: Housing and Homelessness in Canada, Calgary, Alberta*.
- Hwang SW. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 164(229), 33.
- Hwang, S. W., Colantonio, A., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., & Levinson, W. (2008). The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people. *Canadian Medical Association Journal*, 179(8), 779.
- Jakubec, S. L., Tomaszewski, A., Powell, T., & Osuji, J. (2012). “More than the house”: A Canadian perspective on housing stability. *Housing, Care and Support*, 15(3), 99.



- Johnson, G., & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and substance abuse: Which comes first? *Australian Social Work*, 61(4), 342.
- Johnson, G., & Chamberlain, C. (2011). Are the homeless mentally ill? *Australian Journal of Social Issues*, 46(1)
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing First for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *Milbank Quarterly*, 87(2), 495.
- Kim, M. M., Ford, J. D., Howard, D. L., & Bradford, D. W. (2010). Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health & Social Work*, 35(1), 39.
- Klodawsky, F. (2009). Home spaces and rights to the city: Thinking social justice for chronically homeless women. *Urban Geography*, 30(6), 591.
- Koegel, P., Burnam, M. A., & Farr, R. K. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1085.
- Ku, B. S., Scott, K. C., Kertesz, S. G., & Pitts, S. R. (2010). Factors associated with use of urban emergency departments by the US homeless population. *Public Health Reports*, 125(3), 398.
- Kushel, M. B., Evans, J. L., Perry, S., Robertson, M. J., & Moss, A. R. (2003). No door to lock: Victimization among homeless and marginally housed persons. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2492.
- Kushel, M. B., Perry, S., Bangsberg, D., Clark, R., & Moss, A. R. (2002). Emergency department use among the homeless and marginally housed: Results from a community-based study. *American Journal of Public Health*, 92(5), 778.
- Kushel, M. B., Vittinghoff, E., & Haas, J. S. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*, 285(2), 200.
- Kyle, T., & Dunn, J. R. (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 1.
- Laird, G. (2007). The true cost of homelessness. *Toronto Star*, Toronto: Ontario.
- Lamb, H. R. (1984). Deinstitutionalisation and the homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(9), 899.
- Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D. C., Burlingham, B., Lonczak, H. S., & Marlatt, G. A. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*, 301(13), 1349.



- Lee, B. A., Tyler, K. A., & Wright, J. D. (2010). The new homelessness revisited. *Annual Review of Sociology*, 36, 501.
- Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study. *Public Health Nursing*, 25(5), 420.
- Mazer, K. M., & Rankin, K. N. (2011). The social space of gentrification: The politics of neighbourhood accessibility in Toronto's downtown west. environment and planning-part D. *Environment and Planning*, 29(5), 822.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2005). Psychiatric emergency service use and homelessness, mental disorder, and violence. *Psychiatric Services*, 56(6), 699.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *At Home/Chez soi early findings report*. Ottawa: ON.
- Metraux, S., & Culhane, D. P. (2006). Recent incarceration history among a sheltered homeless population. *Crime & Delinquency*, 52(3), 504.
- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 56(2), 172.
- Montgomery, A. E., Hill, L. L., Kane, V., & Culhane, D. P. (2013). Housing chronically homeless veterans: Evaluating the efficacy of a Housing First approach to HUD-VASH. *Journal of Community Psychology*, 41(4), 505.
- Mott, S., Moore, M., & Rothwell, D. (2012). *Addressing homelessness in Canada: Implications for intervention strategies and program design*. Montreal: QC: Centre for Research on Children and Families.
- Newton, J. (2011). Reversing housing and health pathways? evidence from Victorian caravan parks. *Health Sociology Review*, 20(1), 84.
- Oates, G., Tadros, A., & Davis, S. M. (2009). A comparison of national emergency department use by homeless versus non-homeless people in the united states. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 840.
- Padgett, D. K., & Struening, E. L. (1992). Victimization and traumatic injuries among the homeless: Associations with alcohol, drug, and mental problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 525.
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing First services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16(1), 74.



- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing Housing First with treatment first programs. *Community Mental Health Journal*, 47(2), 227.
- Palepu, A., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Frankish, C. J., & Somers, J. (2013). Housing First improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. *American Journal of Public Health*, 103(S2), e30.
- Park, M. J., Tyrer, P., Elsworth, E., Fox, J., Ukoumunne, O. C., & MacDonald, A. (2002). The measurement of engagement in the homeless mentally ill: The homeless engagement and acceptance scale-HEAS. *Psychological Medicine*, 32(5), 855.
- Parker, D. (2010). Housing as an intervention on hospital use: Access among chronically homeless persons with disabilities. *Journal of Urban Health*, 87(6), 912.
- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). 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*, 48(8), 1245.
- Pearson, C., Montgomery, A. E., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3), 404.
- Pearson, D. A., Bruggman, A. R., & Haukoos, J. S. (2005). A population-based case-cohort study to evaluate pre-hospital and emergency department utilization by homeless patients. *Academic Emergency Medicine*, 12(5), 112.
- Pearson, D. A., Bruggman, A. R., & Haukoos, J. S. (2007). Out-of-hospital and emergency department utilization by adult homeless patients. *Annals of Emergency Medicine*, 50(6), 646.
- Perlin, M. L. (1991). Competency, deinstitutionalization, and homelessness: A story of marginalization. *Housing L. Review*, 28, 63.
- Pluck, G., Lee, K. H., David, R., Macleod, D. C., Spence, S. A., & Parks, R. W. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 33.
- Robbins, P. C., Callahan, L., & Monahan, J. (2009). Perceived coercion to treatment and housing satisfaction in housing-first and supportive housing programs. *Psychiatric Services*, 60(9), 1251.



- Shlay, A. B., & Rossi, P. H. (1992). Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual Review of Sociology*, 18, 129.
- Social Planning & Research Council Hamilton (SPRCH). (2012). *Neighbourhood profiles*. Hamilton: ON: SPRCH.
- Social Planning & Research Council Hamilton (SPRCH). (2013). *Supporting our sisters: Women's housing planning collaborative*. Hamilton: ON: SPRCH.
- Spence, S., Stevens, R., & Parks, R. (2004). Cognitive dysfunction in homeless adults: A systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(8), 375.
- Srebnik, D., Connor, T., & Sylla, L. (2013). A pilot study of the impact of Housing First–supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *American Journal of Public Health*, 103(2), 316.
- Stanhope, V., Henwood, B., & Padgett, D. (2009). Understanding service disengagement from the perspective of case managers. *Psychiatric Services*, 60(4), 459.
- Statistics Canada. (2007). *Hamilton, Ontario (Code3525005) (table). 2006 community profiles*. 2006 Census. Statistics Canada Catalogue no. 92-591-XWE. Retrieved 10/08, 2013, from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada. (2013). *Hamilton, CMA, Ontario (Code 537) (table). National Household Survey (NHS) Profile*. 2011 National Household Survey. Statistics Canada Catalogue no. 99-004-XWE. Retrieved 03/29, from <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 265.
- Svoboda, T., & Ramsay, J. T. (2013). High rates of head injury among homeless and low-income housed men: A retrospective cohort study. *Emergency Medicine Journal*, published online, doi:10.1136/emmermed-2012-201761.
- Swanson, S., & Clinton, D. (2010). System change: Service user perspectives on the homelessness service system. Hamilton: ON: City of Hamilton.
- The Good Shepherd. (2007). HOMES program. Retrieved 03, 2014, from <http://www.goodshepherdcentres.ca/programs/HOMES.htm>



- Thompson, S. J., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L., & Flynn, P. (2006). Insights from the street: Perceptions of services and providers by homeless young adults. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 34.
- Travis Porco, T. C., Small, P. M., & Blower, S. M. (2001). Amplification dynamics: Predicting the effect of HIV on tuberculosis outbreaks. *Aids-Hagerstown Md-*, 28(5), 437.
- Tsai, J., Edens, E. L., & Rosenheck, R. A. (2011). A typology of childhood problems among chronically homeless adults and its association with housing and clinical outcomes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(3), 853.
- Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2010). A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: "Housing First" versus "residential treatment first. *Psychological Services*, 7(4), 219.
- Tsemberis, S. (2010). Housing First: Ending homelessness, promoting recovery, and reducing costs. *How to house the homeless*. Gould Ellen, I., & O'Flaherty, B. (Ed.), pp. 37. New York, NY: The Russell Sage Foundation.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tsemberis, S., Kent, D., & Respress, C. (2012). Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *American Journal of Public Health*, 102(1), 13.
- Villanueva, T. (2004). Homeless families in England report high levels of depression. *BMJ*, 328(7453), 1396.
- Ward, H. B. (1937). *Hamilton, Ontario, as a manufacturing center*. (Unpublished dissertation for the degree of Doctor of Philosophy). Department of Geography, University of Chicago.
- Wasserman, J. A., & Clair, J. M. (2010). At home on the street: People, poverty, and a hidden culture of homelessness. *Social Forces*, 89(3), 1088.
- Watson, D. P., Wagner, D. E., & Rivers, M. (2013). Understanding the critical ingredients for facilitating consumer change in Housing First programming: A case study approach. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(2), 169.
- Wesley Urban Ministries. (2013). Transitions to home: Housing and homelessness. Retrieved 10/30, 2013, from <http://www.wesley.ca/index.php?page=2012transitions>
- Witbeck, G., Hornfeld, S., & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39.



Woodhall-Melnik, J. (2014). *A systematic review of Housing First evidence. Currently under review [unpublished: Submitted for review Jan. 8th, 2014]*. Unpublished manuscript.

World Health Organization. (2009). *Organization of services for mental health.* (No. ISBN 92 4 154592 5). Geneva: Switzerland: World Health Organization.

Zakrison, T. L., Hamel, P. A., & Hwang, S. W. (2004). Homeless people's trust and interactions with police and paramedics. *Journal of Urban Health*, 81(4), 596.

Zerger, S. (2002). *Substance abuse treatment: What works for homeless people.* Nashville: TN: The National Health Care for the Homeless Council.