

Université de Montréal

**Évaluation économique du programme Housing First auprès de personnes
itinérantes ayant des troubles de santé mentale
Analyse après deux ans de suivi à Montréal dans le cadre du
projet At Home / Chez Soi**

par Angela Huong Thien Ly

**Département d'administration de la santé
École de santé publique**

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine en vue de l'obtention
du grade de M.Sc. en Administration des services de santé
option analyse et évaluation du système de santé

Avril, 2014

© Angela Huong Thien Ly, 2014

Résumé

Ce mémoire évalue l'efficacité de Housing First (HF) sur la stabilité résidentielle de personnes itinérantes ayant des troubles mentaux et son rapport coût-efficacité différentiel (RCED) sous une perspective sociétale. Une étude à répartition aléatoire (n=469) comparant HF avec les services usuels (SU) a été réalisée à Montréal, Canada. Des questionnaires ont été distribués à intervalles de 3- et 6- mois pendant 24 mois. Le temps passé en logement stable est passé de 6,44% à 62,21% pour les HF ayant des besoins élevés vs. 6,64% à 23,34% chez leurs homologues SU. Les pourcentages correspondants des participants ayant des besoins modérés sont de 12,13% à 79,58% pour HF vs. 6,45% à 34,01% pour SU. Le coût total des participants ayant des besoins élevés est de 73 301\$/an pour HF vs. 64 715\$/an pour SU (RCED=49,85\$/jour); celui des participants ayant des besoins modérés est de 47 746\$/an pour HF vs. 46 437\$/an pour SU (RCED=3,65\$/jour). Les diminutions de coûts associées à HF ont compensé une partie importante des coûts de l'intervention.

L'établissement de programmes Housing First pourrait significativement améliorer la stabilité résidentielle des personnes ayant des troubles mentaux à peu de coût pour la société, notamment pour les personnes ayant des besoins modérés.

Mots-clés : santé mentale, itinérance, coût-efficacité, coûts, évaluation économique, housing first, logement

Abstract

We report on the efficacy of Housing First (HF) intervention to improve housing outcomes for homeless people with mental illness and evaluate its cost-effectiveness from a societal perspective. A RCT (n=469) comparing HF with treatment as usual (TAU) was done in Montreal, Canada. Questionnaires were administered at 6- and 3- month intervals during a 24 month period. HF increased time stably housed from 6.64% to 23.34% for HF high need participants vs. 6.64% to 23.34% for their TAU counterpart. Corresponding percentages for moderate need participants were 12.13% to 79.96% for HF vs. 6.45% to 34.01% for TAU. Total cost for high need participants were 73,301\$ per year for HF vs. 64,715\$ per year for TAU (ICER=49.85\$/day). Total cost for moderate need participants were 47,746 \$ for HF vs. 46,437\$ for TAU (ICER=3.64\$/day). Decreases in service cost associated with Housing First offset an important part of the intervention cost.

Implementation of Housing First programs could significantly improve housing stability for homeless people with mental illness at little cost to society, particularly for people with moderate needs.

Keywords : mental health, homelessness, cost-effectiveness, costs, economic evaluation, housing first, housing

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures	x
Liste des tableaux.....	xi
Liste des sigles et des abréviations	xiv
Contribution spécifique de la candidate	xvi
Remerciements.....	xvii
Avant-propos	xix
Chapitre 1 Introduction	1
1.1 L’itinérance à Montréal.....	1
1.2 Une piste de réponse possible : l’approche Housing First	2
1.3 Projet At Home/Chez Soi : Évaluation de l’approche Housing First	4
1.4 Projet Chez Soi à Montréal	5
1.5 Objectifs	6
Chapitre 2 Revue de la littérature	7
2.1 Modèles de logement existants pour les personnes ayant des troubles de santé mentale en situation d’itinérance	7
2.2 Effets de l’accès immédiat au logement avec support sur la stabilité résidentielle.....	14
2.2.1 Stabilité résidentielle.....	14
2.2.1.1 Logement avec support vs. service de support seul	14
2.2.1.2 Accès immédiat au logement vs. continuum de soin	15
2.2.1.3 Housing First avec support externe vs. support interne, logements dispersés vs. logements regroupés	17
2.2.1.4 Facteurs contribuant au succès de l’approche Housing First comparativement aux autres modèles de logement pour personnes itinérantes ayant des troubles mentaux	19
2.2.2 Préférence et satisfaction.....	19
2.2.3 Choix et contrôle.....	20
2.2.4 Qualité de vie.....	20

2.2.5	Résumé des résultats en ce qui concerne la stabilité résidentielle, la préférence et la satisfaction, le choix et le contrôle ainsi que la qualité de vie	21
2.3	Évaluations économiques et analyses de coûts de <i>Housing First</i>	22
2.3.1	Études publiées : Évaluations économiques et analyse de coûts.....	22
2.3.2	Études non-publiées	32
2.3.2.1	Études non-publiées américaines	32
2.3.2.2	Études non-publiées canadiennes	33
2.3.3	Résultats de recherche : Impact sur l'utilisation des services	35
2.4	Résumé.....	39
2.5	Cadre conceptuel et modèle théorique.....	40
Chapitre 3	Méthodes	42
3.1	Plan expérimental	42
3.1.1	Recrutement.....	43
3.1.2	Définitions du niveau de besoins	44
3.2	Approche et perspective de l'évaluation économique	45
3.2.1	Analyses économiques.....	45
3.2.2	Perspective de l'évaluation économique.....	48
3.3	Questionnaires et variables utilisés pour l'analyse économique	49
3.3.1	Questionnaire : Calendrier résidentiel rétrospectif.....	49
3.3.2	Questionnaire : Recours aux soins de santé, aux services sociaux et aux services de justice.....	51
3.3.3	Questionnaire : Historique professionnel rétrospectif	52
3.3.4	Collecte de données administratives sur les séjours hospitaliers et les médicaments	53
3.4	Ajustements des données collectées par le projet Chez Soi pour l'analyse économique	54
3.4.1	Possibilité de double-comptage lors des visites auprès d'intervenants en santé et en services sociaux.....	54
3.4.2	Double comptage des visites aux urgences	54
3.4.3	Comptabilisation des coûts des visites aux urgences.....	55
3.4.4	Distinction importante dans l'assignation de coût pour les logements supervisés	56

3.4.5	Séjours en prison.....	57
3.4.6	Revenus des participants sous tutelle.....	58
3.4.7	Comparution en cour.....	58
3.4.8	Programmes de justice	59
3.4.9	Ajustements pour tenir compte des données sous-rapportées.....	59
3.4.10	Centres d'hébergement : Distinction entre hommes et femmes	60
3.5	Estimation des coûts unitaires	61
3.5.1	Types de coûts inclus dans l'évaluation économique.....	61
3.5.2	Méthodes de calculs des coûts unitaires	62
3.5.2.1	Approche top-down.....	63
3.5.2.2	Approche <i>bottom-up</i>	64
3.5.2.3	Calcul des coûts immobiliers.....	64
3.5.3	Établissements de santé.....	65
3.5.3.1	Coût journalier d'une hospitalisation physique dans un hôpital général	65
3.5.3.2	Coût journalier d'une hospitalisation en psychiatrie.....	66
3.5.3.3	Coût d'une journée en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)..	68
3.5.3.4	Visites à l'urgence.....	68
3.5.3.5	Visites effectuées au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal.....	68
3.5.3.6	Visites effectuées à l'hôpital en clinique externe	69
3.5.3.7	Coût d'une journée dans un programme de réadaptation psychiatrique	69
3.5.3.8	Appels effectués à Info-Santé.....	70
3.5.3.9	Coût d'un transport ambulancier	70
3.5.3.10	Coût par visite auprès d'un médecin et autres types de professionnels de la santé.....	71
3.5.3.11	Coûts unitaires de services offerts dans les établissements de santé (hôpitaux et centre local de services communautaires).....	71
3.5.4	Coût d'une visite auprès d'un intervenant	73
3.5.5	Coûts unitaires des visites dans les organismes communautaires	78
3.5.5.1	Coût d'une visite dans un organisme communautaire, centre de jour	79
3.5.5.2	Coût d'un séjour dans un refuge	80
3.5.5.3	Coût d'un panier dans une banque alimentaire.....	81

3.5.5.4	Coût d'une visite à un centre de crise	82
3.5.5.5	Coût d'une visite à un centre de réadaptation - dépendance	82
3.5.5.6	Coût d'une visite dans un centre d'hébergement	82
3.5.6	Services de sécurité publique (police)	83
3.5.6.1	Coût unitaire d'un contact et d'une arrestation.....	83
3.5.6.2	Coût d'un séjour dans une cellule d'un centre opérationnel	84
3.5.6.3	Coût d'un appel 9-1-1	84
3.5.6.4	Coûts unitaires de sécurité publique	84
3.5.7	Service de justice – Comparution en cour criminelle	84
3.5.8	Services correctionnels	85
3.6	Coût de l'intervention Housing First	85
Chapitre 4	Analyse.....	86
4.1	Préparation des données.....	86
4.1.1	Intégration des données administratives sur les séjours hospitaliers dans la base de données sur le Calendrier résidentiel.....	86
4.1.2	Calcul des coûts d'utilisation de services.....	86
4.1.3	Gestion des données manquantes	87
4.1.4	Prise en compte de la différence de coût d'utilisation de service à l'entrée dans l'étude	90
4.2	Analyse des différences de coûts.....	91
4.3	Analyse coût-efficacité	92
4.3.1	Rapport coût-efficacité différentiel.....	92
4.3.2	Bootstrap, plan coût-efficacité et courbe d'acceptabilité de la coût-efficacité	93
4.3.2.1	Bootstrap.....	93
4.3.2.2	Plan coût-efficacité, courbe d'acceptabilité coût-efficacité	93
4.3.3	Analyse d'impact budgétaire.....	94
Chapitre 5	Résultats	96
5.1	Caractéristiques des participants	96
5.2	Analyse coûts-conséquences	98
5.2.1	Conséquences de Housing First.....	98
5.2.1.1	Efficacité : Impact de Housing First sur la stabilité résidentielle	99

5.2.1.2	Conséquences de Housing First sur l'utilisation de services.....	101
5.2.2	Analyse de coûts.....	104
5.2.2.1	Comparaison des coûts d'utilisation de services entre les groupes recevant Housing First et les groupes recevant les services usuels.....	104
5.2.2.2	Évolution du coût total moyen annualisé de l'utilisation de services.....	111
5.2.3	Bilan des conséquences et des coûts de Housing First auprès de personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale	113
5.3	Analyse coût-efficacité	116
5.4	Analyse d'impact budgétaire.....	119
Chapitre 6	Discussion.....	121
6.1	Impact de Housing First sur la stabilité résidentielle, l'utilisation de services de santé, de services sociaux et de justice ainsi que les coûts qui y sont associés.....	121
6.2	Forces de l'étude.....	126
6.3	Limites de l'étude	128
6.4	Impact sur les politiques gouvernementales sur l'itinérance	134
Chapitre 7	Conclusion.....	140
Bibliographie	142
Annexe 1.	Membres de l'équipe du projet Chez Soi.....	i
Annexe 2.	Approbations éthiques.....	iii
Annexe 3.	<i>Le U.S. Interagency Council on Homelessness Summary of Cost Offset Studies</i> ...	i
Annexe 4.	Estimation du nombre de personnes itinérantes avec des troubles de santé mentale à Montréal	i
Annexe 5.	Questionnaire : Calendrier résidentiel rétrospectif.....	iii
Annexe 6.	Liste des lieux où les personnes itinérantes peuvent passer la nuit	vi
Annexe 7.	Questionnaire : Recours aux soins de santé et aux services sociaux et de justice .	ix
Annexe 8.	Questionnaire: Historique professionnel rétrospectif – extrait de la section portant sur les revenus.....	xxiv
Annexe 9.	Estimation de la proportion du temps rémunéré passé face à face avec le client par les intervenants	xxv
Annexe 10.	Institut Douglas : Allocation des ressources pour desservir les centres d'activités principaux	xxviii

Annexe 11. Organismes communautaires utilisés pour estimer le coût par visitexxxvi

Annexe 12. Analyse statistique comparant le nombre d'utilisateurs et le coût d'utilisation de services par les utilisateurs entre les groupes Housing First et les groupes services usuels ...xxxvii

Liste des figures

Figure 1 Modèle théorique de l'impact économique de l'intervention Housing First auprès de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale	41
Figure 2 Devis de recherche du site de Montréal (n = 469)	43
Figure 3 Lieux de recrutement des participants du site de Montréal	44
Figure 4 Plan coût-efficacité (Black, 1990).....	94
Figure 5 Analyse des coûts d'utilisation de services par les participants ayant des besoins élevés : Comparaison entre les groupes Housing First et Services usuels. (coût moyen annualisé, calculé à partir d'une période de 24 mois).....	109
Figure 6 Analyse des coûts d'utilisation de service par les personnes ayant des besoins modérés: Comparaison entre le s groupes Housing First et Services Usuels (coût moyen annualisé, calculé à partir d'une période de 24 mois).....	110
Figure 7 Plan coût-efficacité du groupe ayant des besoins élevés.....	117
Figure 8 Plan coût-efficacité du groupe ayant des besoins modérés	117
Figure 9 Courbe d'acceptabilité coût-efficacité pour le groupe ayant des besoins élevés.....	118
Figure 10 Courbe d'acceptabilité coût-efficacité pour le groupe ayant des besoins modérés	118

Liste des tableaux

Tableau I Caractéristiques-clés des trois approches au logement.....	12
Tableau II Classification des programmes de logement à Montréal.....	13
Tableau III Stabilité résidentielle d’autres type de programme.....	15
Tableau IV Stabilité résidentielle du continuum de soins.....	16
Tableau V Taux de rétention de programme de logement avec support interne (accès immédiat au logement).....	16
Tableau VI Taux de rétention de programmes Housing First.....	18
Tableau VII Stabilité résidentielle de Housing First avec appartements dispersés avec support externe.....	18
Tableau VIII Études expérimentales.....	23
Tableau IX Études quasi-expérimentales.....	24
Tableau X Impact sur l'utilisation de services et les coûts.....	36
Tableau XI Catégories des endroits où les participants ont passé la nuit.....	50
Tableau XII Liste des variables collectées par le questionnaire sur le recours aux soins de santé, aux services sociaux et aux services de justice et utilisées pour l'évaluation économique...52	52
Tableau XIII Calcul des coûts unitaires des établissements de santé.....	72
Tableau XIV Paiement à l'acte pour les médecins généralistes et les professionnels de la santé lors de visites dans une clinique communautaire.....	73
Tableau XV Pourcentage des frais indirects proportionnellement au taux horaire.....	74
Tableau XVI Coût par heure d'une visite par un intervenant dans la communauté.....	76
Tableau XVII Coût par visite selon le type d'organisme communautaire.....	79
Tableau XVIII Détails des coûts de sécurité publique.....	84
Tableau XIX Coût par comparution.....	84
Tableau XX Caractéristiques des participants ayant des besoins élevés et ayant des besoins modérés.....	97
Tableau XXI Pourcentage de temps passé en logement stable par les participants ayant des besoins élevés.....	99
Tableau XXII Pourcentage de temps passé en logement stable par le groupe ayant des besoins modérés.....	100

Tableau XXIII Stabilité résidentielle en terme de % de participants.....	100
Tableau XXIV Comparaison de la fréquence d'utilisation de services entre les personnes itinérantes ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés basé sur les groupes recevant les services usuels du projet Chez Soi (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation).....	102
Tableau XXV Participants ayant des besoins élevés : Impact de Housing First sur la fréquence d'utilisation de services (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation) ..	103
Tableau XXVI Participants ayant des besoins modérés : Impact de Housing First sur la fréquence d'utilisation de services (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation) ..	104
Tableau XXVII Comparaison des coûts des groupes recevant Housing First vs. les groupes recevant les services usuels pour les participants ayant des besoins élevés et les participants ayant des besoins modérés (Seuil de signification : $p < 0,01$).....	107
Tableau XXVIII Coût total moyen annualisé par participant pendant différentes périodes, besoins élevés (\$).....	112
Tableau XXIX Coût total moyen annualisé par participant pendant différentes périodes, besoins modérés (\$)	112
Tableau XXX Bilan des coûts et des conséquences auprès des personnes itinérantes ayant des besoins élevés.....	114
Tableau XXXI Bilan des coûts et des conséquences auprès des personnes itinérantes ayant des besoins modérés	115
Tableau XXXII Rapport coût-efficacité différentiel (RCED).....	116
Tableau XXXIII Coût moyen annuel moyen par personne de Housing First	119
Tableau XXXIV Personnes itinérantes ayant des besoins élevés: Analyse d'impact budgétaire et analyse de sensibilité sur le nombre de personnes à Montréal	120
Tableau XXXV Personnes itinérantes ayant des besoins modérés : Analyse d'impact budgétaire et analyse de sensibilité sur le nombre de personnes à Montréal.....	120
Tableau XXXVI Temps Intervnants passé face à face avec le client par des intervenants travaillant dans en clinique externe	xxv
Tableau XXXVII Temps Intervnants passé face à face avec le client par des intervenants travaillant dans des programmes de soutien communautaire	xxvi

Tableau XXXVIII Différences dans les coûts de services (utilisateurs vs. non-utilisateurs; coûts pour les utilisateurs)	xxxviii
---	---------

Liste des sigles et des abréviations

ACT : *Active Community Treatment*
BAH : *Begin at Home*
CA : Californie
CHSLD : Centre hospitalier de soins longue durée
CICH : *Collaborative initiative to help en chronic homelessness*
CLSC : Centre local de service communautaire
CO : Colorado
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DESC : *Downtown Emergency Services*
EQ-5D : *European Quality of Life – 5 Dimensions*
FL : Floride
HF : Housing First
HUD-VASH : *Housing Urban Development –Veterans Affairs Supportive Housing*
IC : Intervalle de confiance
ICER : *Incremental cost-effectiveness ratio*
IL : Illinois
LA : Louisiane
LRT : *Linear Residential Treatment*
MAR : *Missing at random*
MCAS : *Multnomah Community Ability Scale*
NMAR : *Not missing at random*
NY : New York
OH : Ohio
OR : Orégon
PA : Pennsylvanie
RCED : Rapport coût-efficacité différentiel
SF-6D : *Short form 6 dimensions*
SI : Suivi intensif
SIV : Soutien d'intensité variable
SPLI : Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
SPVM : Service de police de la ville de Montréal
SU : Services usuels
REACH : *Reaching Out and Engaging to Achieve*
RCED: Rapport coût-efficacité différentiel
WA : Washington

*Aux participants du projet Chez Soi et à toutes les
personnes sans-abri vivant avec des troubles de
santé mentale*

Contribution spécifique de la candidate

Le projet At Home/Chez Soi dans le cadre duquel ce mémoire a été réalisé a été d'une ampleur inhabituelle. Ainsi, le travail de recherche présenté ici reflète les contributions d'un très grand nombre de personnes. Le projet At Home/Chez Soi dans son ensemble a été mené par Jayne Barker (2008-11), Cameron Keller (2011-12) et Catharine Hume (2012-présent), de la Commission de la santé mentale du Canada. Paula Goering, de l'Université de Toronto, en tant que chercheuse principale au niveau national, a coordonné l'ensemble des activités de recherche. Carol Adair, de l'Université de Calgary et Scott Veldhuizen, du *Center for Addictions and Mental Health*, associés à l'équipe de recherche nationale, ont également beaucoup contribué au niveau de la conception des instruments de mesure, de leur administration et de certains aspects de l'analyse.

À Montréal, Sonia Côté a représenté la Commission de la santé mentale du Canada en tant que coordonnatrice de site, et Eric Latimer a joué le rôle de chercheur principal. Les données analysées ici ont été collectées par l'équipe d'intervieweurs menée par Véronique Denis et Cécile Leclercq.

Sous la supervision de mon superviseur de mémoire, Eric Latimer, j'ai mené le calcul des coûts unitaires et j'ai joué un rôle clé dans l'interprétation des données collectées, l'ajustement des données collectées pour réaliser l'analyse économique, la collecte des données administratives ainsi que les décisions de programmation pour le calcul des coûts des services étudiés. J'ai réalisé la revue de la littérature, analysé et discuté des résultats ainsi que de l'impact de l'intervention sur les politiques de santé. Daniel Rabouin, analyste senior, a effectué la grande majorité de la programmation et l'analyse statistique, avec le soutien de Zhirong Cao, statisticienne, et, pour l'imputation multiple, de Erica Moodie, du département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail à l'Université McGill. Je confirme avoir rédigé ce mémoire et que les points de vue qui y sont exprimés sont les miens.

Remerciements

J'aimerais remercier mon superviseur, Éric Latimer, qui m'a généreusement donné support et encadrement tout au long du projet Chez Soi. Il m'a poussé à dépasser les limites de ma réflexion et offert de nombreuses opportunités de présentations et de développement. Au-delà du projet Chez Soi, j'ai beaucoup apprécié nos nombreuses discussions sur le système de santé. Il a fortement contribué au développement de mes capacités d'analyse, de synthèse et de communication. C'est avec énormément de gratitude que je remercie Éric Latimer.

J'aimerais également remercier très fortement Daniel Rabouin pour son grand travail de recherche méthodologique et de programmation nécessaire à la réalisation de l'analyse présentée dans mon mémoire. Travailler avec quelqu'un d'aussi rigoureux et dévoué que Daniel a été un facteur très motivant dans la réalisation de ce projet.

Le point ultime mon travail pour le projet At Home/Chez Soi fut notre rencontre avec Candice Bergen, ministre d'État du développement social désormais en charge de l'établissement de programmes Housing First à travers le Canada. Je ne puis imaginer une meilleure expérience de recherche ! Un grand merci à toute l'équipe du projet At Home/Chez Soi, qui m'a permis de contribuer humblement à cette grande réalisation.

Je remercie chaleureusement Sonia Côté, Carol Adair et Paula Goering pour leurs encouragements, petits gestes simples qui m'ont soutenu tout au long du projet. La supervision à distance de Carol Adair et Paula Goering fut très appréciée.

Je remercie Bertrand Gagné, Nancy Keays, Jessica Soto et Claire Thiboutot pour avoir facilité l'accès aux données des équipes cliniques.

Je remercie tous les membres du groupe de recherche de Eric Latimer, avec qui les échanges constants ont permis de raffiner l'analyse économique du projet Chez Soi : Zhirong Cao, Yuxi Shi, Véronique Denis, Cécile Leclercq, Christian Méthot, Marie-Anne Bourassa, Debbie da Silva, Marc-Antoine Lapierre, Ashley G. Lemieux, Jean-Marie Tremblay, et plusieurs autres.

J'aimerais remercier en particulier les participants du projet Chez Soi qui ont accepté de partager leurs expériences de vie avec nous et qui ont rendu ce projet possible.

Merci aux étudiants qui m'ont accompagné le long de ce parcours : Daniel Poremski, Erika Braithwaite et surtout, Guido Powell.

Finalement, j'aimerais remercier mon mari, Clément Cartier, ainsi que mes parents pour leur soutien continu tout au long du projet.

Ce projet de recherche n'aurait pas été possible sans le support financier de la Commission de la santé mentale du Canada. D'autres sources de financement m'ont également soutenue et encouragée : une bourse d'excellence de l'Université de Montréal, la bourse de l'*Association of University Programs in Health Administration* ainsi que le 1^{er} prix gagné au concours d'affiches pour étudiants de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques en santé.

Avant-propos

Ce projet d'évaluation a été réalisé dans le cadre du projet At Home/Chez Soi, qui a suivi plus de 2255 participants à travers le Canada entre octobre 2009 et mars 2013. Ce mémoire de maîtrise porte sur le site de Montréal. Je suis membre de l'équipe du projet Chez Soi à Montréal depuis 2011 et j'ai été très impliquée de la collecte des données à la diffusion des résultats de recherche auprès de la communauté scientifique, des gouvernements et de la population générale. La recherche effectuée dans ce mémoire a joué un rôle clé dans l'élaboration de l'évaluation économique effectuée pour les autres sites du projet At Home/Chez Soi, sur lesquelles j'ai également été très impliquée. Ce travail de recherche a fortement contribué à l'avancement des connaissances sur Housing First, qui fait désormais partie du Plan d'action économique du Canada à travers la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance. Voir son travail de recherche influencer les politiques de santé et des services sociaux est un privilège incroyable.

Chapitre 1 Introduction

1.1 L'itinérance à Montréal

Le dernier recensement des personnes itinérantes effectué au Québec, entre 1996 et 1997, a dénombré 12 666 personnes qui avaient été sans domicile fixe au cours d'une période d'un an à Montréal et 3589 à Québec. Parmi celles-ci, environ 43,3% avaient au moins un parmi plusieurs troubles de santé mentale (Fournier, 2001) et 22% avaient des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie (Bonin, Fournier, Blais, & Perreault, 2005). Quoiqu'aucun recensement plus récent n'ait été effectué depuis, tout porte à croire que le nombre d'itinérants n'a fait qu'augmenter depuis. Entre l'hiver 2008-2009 et l'hiver 2012-2013, le nombre de nuitées en refuge pour hommes a augmenté de 24% alors que le nombre de nuitées en refuge pour femmes a augmenté de 32% (Despars, Gaudreau, LeBlanc, Raffestin, & St-Jacques, 2010).

La grande majorité des utilisateurs des ressources pour personnes itinérantes (jusqu'à 80% des utilisateurs des refuges (Canadian Homeless Research Network) sont en situation d'itinérance transitionnelle; l'épisode d'itinérance ne sera que temporaire. Avec l'aide des ressources disponibles pour les personnes itinérantes, ils réussiront à réintégrer un logement et renouer avec la société. Le reste des personnes fréquentant les ressources pour personnes sans abri sont en situation d'itinérance épisodique ou chronique. Les personnes en situation d'itinérance épisodique alternent entre des périodes d'itinérance et de temps passé en logement. Les personnes en situation d'itinérance chronique n'ont pas été en logement depuis une longue période. Ces derniers groupes ont tendance à avoir plus de troubles de santé mentale et de toxicomanie ainsi qu'à avoir des problèmes de santé plus graves. Il s'agit des personnes itinérantes que l'on croise régulièrement dans les rues de Montréal, c'est le phénomène d'itinérance le plus visible.

Les ressources disponibles pour les personnes qui sont en situation d'itinérance épisodique ou chronique ne semblent pas adaptées à leurs besoins, notamment pour celles qui ont des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Une difficulté reconnue est que ces ressources tendent à fonctionner en silo : le rôle des cliniciens se limite au traitement de symptômes psychiatriques (Lamb, 1992); le rôle des policiers, à maintenir l'ordre public; celui

des refuges, principalement à l'hébergement. Peu de ressources traitent la situation de vie globale de la personne itinérante. De plus :

« les personnes ayant des troubles de santé mentale cherchent moins d'aide ou n'obtiennent pas d'aide. D'une part, elles sont méfiantes face à l'autorité et aux services, d'autre part, les troubles mentaux qu'elles présentent sont souvent compliqués par de la colère, du ressentiment et de l'aliénation engendré par l'extrême pauvreté et l'aliénation » (Chafetz, 1990)

Le manque de logements abordables combiné à la présence de troubles de santé mentale dans un contexte de soins non-intégrés font en sorte qu'il est très difficile pour les personnes itinérantes atteintes de troubles de santé mentale de sortir de l'itinérance.

Les ressources utilisées par les personnes itinérantes ont un coût. Diverses études estiment que ces coûts varient de 30 000\$ à 94 200\$ (Eberle, Kraus, Pomeroy, & Hulchanski, 2001; Patterson, Somers, McIntosh, Shiell, & Frankish, 2008; RSM Richter, 2008). Aucune étude n'a encore évalué le coût associé à l'itinérance au Québec.

1.2 Une piste de réponse possible : l'approche Housing First

La situation alarmante dans laquelle des Québécois sans abri se retrouvent présentement, ainsi que les coûts d'utilisation des ressources de la société très élevés en regard de la piètre qualité de vie vécue par ces personnes, sont très préoccupantes. Des études américaines indiquent que les approches combinant le logement permanent avec des services de support, telles que Housing First, pourraient améliorer la stabilité résidentielle et la situation de vie globale des personnes itinérantes. Ces résultats positifs sont obtenus à peu de coût pour la société, car les études relèvent des réductions de coûts d'utilisation d'hôpital, de refuge et de prison.

Les principes de bases de Housing First sont (Canadian Alliance to End Homelessness, 2014):

- 1) Le choix et l'auto-détermination;
- 2) L'accès immédiat au logement permanent avec services de support nécessaires pour maintenir son logement;
- 3) L'accès au logement n'est pas conditionnel à la sobriété ou à la participation à un programme réadaptation pour les problèmes de dépendance;
- 4) Le but ultime est l'inclusion sociale, l'auto-suffisance et l'amélioration de la qualité de vie et de la santé.

L'approche Housing First peut utiliser un modèle de logements regroupés, où tous les clients sont regroupés à l'intérieur d'un même immeuble ou en utilisant un modèle de logements dispersés tel qu'utilisé par Pathways.

L'approche Housing First est de plus répandue aux États-Unis et commence à être utilisée en Europe et au Canada. L'efficacité de cette approche à loger les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale a été démontrée dans de nombreuses études américaines. Plusieurs analyses de coûts effectuées par des municipalités américaines ont observé des diminutions de coûts de refuge, de services hospitaliers et de prison.

Housing First pourrait-il également être efficace au Québec? Le contexte sociopolitique américain est très différent de celui du Québec ou du Canada, où les politiques sociales sont plus développées qu'aux États-Unis. L'intervention Housing First a un coût relativement élevé. Une étude canadienne estime le coût à 19 500\$ (Patterson et al., 2008). Avant d'investir dans une telle intervention il est nécessaire d'évaluer l'efficacité de l'intervention dans un contexte canadien au niveau de la stabilité résidentielle et de l'utilisation des services, ainsi que des coûts qui y sont associés.

S'il s'avère que Housing First est efficace à améliorer la stabilité résidentielle et la qualité de vie des personnes itinérantes avec troubles de santé mentale, et, qu'il en résulte des diminutions de coûts d'utilisation de service suffisamment importantes, un investissement dans Housing First pourrait mener à une meilleure allocation des ressources utilisées par les personnes itinérantes avec troubles de santé mentale. Housing First pourrait faire partie du plan d'action en

itinérance promis lors de l'annonce par le gouvernement québécois de la politique de lutte contre l'itinérance le 27 février 2014.

1.3 Projet At Home/Chez Soi : Évaluation de l'approche Housing First

Santé Canada a mandaté la Commission de la santé mentale du Canada pour évaluer des approches susceptibles de diminuer l'itinérance. L'approche Housing First, telle que définie par *Pathways to Housing* à New York, a été choisie. Le projet At Home/Chez Soi, dont le volet recherche a été mené par Paula Goering de l'Université de Toronto, utilise un plan d'étude à répartition aléatoire. En tout, 2148 participants ayant des troubles de santé mentale et en situation d'itinérance ont été recrutés dans les villes de Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. Ce mémoire porte sur les résultats de l'évaluation économique obtenus à Montréal.

L'échantillon comprend des personnes itinérantes ayant des besoins élevés et des besoins modérés. Peu d'études ont évalué Housing First auprès de personnes itinérantes ayant des besoins plus modérés. Le programme *Streets to Homes* de Toronto, intégrant des équipes de soutien d'intensité variable et de l'aide à la recherche de logement a connu beaucoup de succès auprès des personnes itinérantes ayant des besoins modérés (Falvo, 2009). Housing First pourrait également être efficace auprès de cette population. Le projet At Home / Chez Soi a adapté l'intensité des ressources offertes pour les personnes ayant des besoins modérés. Au lieu d'être suivis par une équipe de suivi intensif, les participants sont suivis par une équipe de soutien d'intensité variable dans la communauté. Les participants ayant des besoins élevés et modérés se sont fait offrir les services d'équipes de suivi communautaire adaptées à leurs besoins, des services d'une équipe d'aide au logement ainsi que des suppléments au loyer leur donnant un accès immédiat à un logement de leur choix. Ces suppléments aux loyers ont permis aux participants de bénéficier de logements disponibles sur le marché locatif privé, correspondant à leurs préférences habituelles, et permettant une meilleure intégration dans la communauté comparativement aux logements regroupés ou spécialisés.

1.4 Projet Chez Soi à Montréal

À Montréal, 469 participants en situation d'itinérance et ayant des problèmes de santé mentale ont été recrutés. Les participants ont d'abord été classifiés comme ayant des besoins élevés ou modérés avant d'être répartis aléatoirement dans le groupe expérimental recevant Housing First ou le groupe témoin recevant les services usuels. Au total, 285 participants ont pu bénéficier du programme Housing First. L'équipe logement et les subventions au logement étaient gérées par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le CSSS Jeanne-Mance gérait une équipe de suivi intensif desservant le groupe ayant des besoins élevés et une équipe de soutien d'intensité variable desservant un des deux groupes ayant des besoins modérés. L'organisme communautaire Diogène a géré une équipe de soutien d'intensité variable qui a desservi le deuxième groupe expérimental ayant des besoins modérés. De plus, certains participants expérimentaux ayant des besoins modérés du site de Montréal ont bénéficié des services d'une équipe de placement et de soutien individuels pour la recherche d'emploi. Un grand nombre de personnes ont contribué à la réalisation du projet Chez Soi (annexe 1).

Ce projet a été approuvé par le Comité éthique de recherche de l'hôpital Douglas (annexe 2).

1.5 Objectifs

Le but principal du projet présenté dans ce mémoire est de réaliser une évaluation économique de l'intervention Housing First à Montréal afin de fournir des données probantes aux décideurs et à la communauté scientifique. Une analyse coût-efficacité et une analyse coût-conséquence ainsi qu'une analyse d'impact budgétaire sous la perspective sociétale ont été réalisées.

Les objectifs de ce projet sont :

- 1) Évaluer l'impact de Housing First sur la stabilité résidentielle de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale à Montréal.
- 2) Évaluer l'impact net de Housing First sur l'utilisation de services de santé, de services sociaux, de services de sécurité publique, de services de justice et de services correctionnels à Montréal et les coûts qui y sont associés.
- 3) Évaluer la coût-efficacité de Housing First, le nombre de jours en logement stable servant de mesure d'efficacité
- 4) Évaluer l'impact budgétaire de mettre en place des programmes Housing First à Montréal

Chapitre 2 Revue de la littérature

La première partie de la revue de littérature couvre les modèles de logements existants pour les personnes avec troubles de santé mentale en situation d'itinérance. La deuxième partie porte sur les conséquences des programmes de logement sur la stabilité résidentielle et la qualité de vie des personnes itinérantes avec troubles mentaux graves. La troisième partie couvre les évaluations économiques et les analyses de coûts sur les programmes offrant l'accès immédiat au logement avec support, qui sont au cœur de l'évaluation économique réalisée dans ce mémoire. Finalement, le cadre conceptuel de l'étude est expliqué.

2.1 Modèles de logement existants pour les personnes ayant des troubles de santé mentale en situation d'itinérance

Pour faire face au problème de l'itinérance, suivant Gaetz, il existe trois approches complémentaires (Gaetz, 2010). Notons que des services énumérés dans une approche peuvent également faire partie d'une autre des trois approches proposées :

- 1) Prévention : détection, services d'assistance, suivi communautaire, programme de supplément au loyer, etc.
- 2) Gestion de la crise: refuges d'urgence, centres de jour, programmes de repas, etc.
- 3) Transition hors de l'itinérance : programmes de transition, programmes axés sur le logement, etc.

La prévention touche les différents déterminants de la santé (les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global de la société) et ne visent pas directement le phénomène de l'itinérance. Il est très difficile d'évaluer l'efficacité des approches préventives. Les approches de gestion de crise et de transition hors de l'itinérance visent directement l'itinérance. L'approche de gestion de crise offre des services de secours aux personnes à très faibles revenus ayant perdu leur domicile. Pour la plupart, la situation d'itinérance sera temporaire et les services de gestion de crise permettront de dépanner la personne dans une période difficile de sa vie. Par contre, certains sont en situation d'itinérance chronique et se retrouvent périodiquement ou continuellement sans abri. L'approche de gestion de la crise n'est pas suffisante pour eux. L'approche de transition hors de l'itinérance vise à aider les personnes en situation d'itinérance chronique à s'en sortir au moyen de programmes de réadaptation et

d'accès au logement. Les modèles de logement discutés dans la section présente font partie de l'approche de transition hors de l'itinérance.

Depuis la désinstitutionnalisation des patients avec troubles de santé mentale qui a débuté dans les années soixante, trois modèles de logement ont été développés. Le logement supervisé a été le premier modèle conçu pour les patients ne pouvant pas vivre de façon autonome dans la communauté; ensuite sont apparus les programmes de logement avec des services de support interne visant la réinsertion de la personne avec troubles de santé mentale dans la communauté à travers des programmes de réadaptation. Dans les années '90, les programmes de logements indépendants avec support externe ont commencé à faire leur apparition.

Ces trois modèles sont définis ici-bas et dans le tableau I.

Logement supervisé (en anglais, *custodial housing*): Les foyers de groupe, les centres d'hébergement spécialisés, les familles d'accueil, les centres d'hébergement de longue durée et les maisons de chambres font partie de cette catégorie (Hall, Nelson, & Smith Fowler, 1987; Trainor, Morrell-Bellai, Ballantyne, & Boydell, 1993). Plusieurs de ces types de résidence sont opérés par des organismes à but lucratif. Les résidents de ces types de logement tendent à avoir un historique de troubles de santé mentale sévères et complexes dont il résulte plus d'hospitalisations, plus de symptômes de troubles de santé mental et un niveau de fonctionnement moins élevé que les résidents de programmes de transition vivant dans la communauté (Goldstein, Dziobek, Clark, & Bassuk, 1990). Les résidents sont considérés comme des patients. Les services de supports offerts subviennent aux besoins de base : repas, conciergerie et dans certains cas, aide à la prise de médicaments et fiduciaire. Ces services sont offerts sur place et peuvent être disponibles 24 heures par jour. Les employés n'ont habituellement aucune formation en réadaptation et mettent peu d'emphasis sur le développement d'habiletés et d'autonomie. Les résidents peuvent demeurer en logement supervisé de façon permanente.

Programme de logement avec support interne (en anglais, *supportive housing*) : Ce modèle de logement a été développé pour aider les individus avec troubles de santé mentale à vivre dans la communauté. Il y a une forte orientation vers la réadaptation, qui peut être conditionnelle au logement. L'accès au logement peut être conditionnel à un arrêt de la consommation de drogue ou d'alcool, ce qui peut limiter l'admissibilité de plusieurs personnes itinérantes au logement.

Continuum de soins

Plusieurs de ces types de logement s'inscrivent à l'intérieur d'un continuum de soins qui est un processus à travers lequel la personne itinérante traverse une série d'étapes avant d'être éligible au logement permanent. Les résidents sont placés dans une résidence adaptée à leur niveau de besoin. Le continuum envisagé commence par un foyer de groupe et se poursuit jusqu'au logement indépendant en passant par une maison de transition suivie d'un logement avec support interne. Les programmes de transition sont habituellement gérés par des organismes à but non lucratif. Les programmes de transition représentent l'approche traditionnelle pour sortir de l'itinérance et sont les plus communs. Le personnel de support joue un rôle de réadaptation qui peut comprendre du counseling, de la gestion de cas, de la psychoéducation et d'autres types d'activités. Ces services sont habituellement offerts sur place. Une personne peut résider à court (ex : 6 mois) ou long terme (ex : 2 ans) au sein d'un tel programme mais le logement n'est pas permanent (Kraus, Serge, Goldberg, & Social Planning and Research Council of British Columbia, 2005). Cela dit, on observe dans la pratique que plusieurs personnes continuent à vivre dans des programmes de logement avec support interne à long terme car l'accès au logement indépendant demeure un grand défi pour les personnes à très faible revenu et ce, dans un contexte où l'accès au logement social ou aux programmes de suppléments au loyer est limité. D'autres ne parviennent pas à "graduer" de ces programmes à cause des conditions qu'ils imposent. Par exemple, cessation de la consommation d'alcool ou de drogues.

Accès immédiat au logement

Il n'est pas toujours obligatoire de passer au travers du continuum de milieux résidentiels pour accéder à un logement permanent avec support interne. Dans certains cas, l'accès à un logement permanent avec support interne est immédiat : on utilise alors l'approche Housing First. Celle-ci peut ainsi être mise en application avec plusieurs types de logements permanents avec support interne.

Programme de logement permanent avec support externe (en anglais, *supported housing*, ou parfois, *supportive housing*):

Les programmes de logement indépendant avec support externe sont basés sur les principes de choix du consommateur, de l'intégration du logement dans la communauté et de la flexibilité des services de support (Carling, 1993). Tout comme les programmes de logement avec support interne, ce type de programme vise la réadaptation de la personne. Cependant, les services de support sont distincts du logement. Ils ne sont pas conditionnels au logement et ils sont offerts par des équipes de suivi communautaire qui vont effectuer des visites au client à son domicile ou ailleurs dans la communauté.

Souvent, c'est un programme de type Housing First qui offrira à une personne itinérante le logement indépendant avec support externe. Le modèle Housing First de *Pathways* fonctionne de cette façon. Toutefois, il peut également être l'aboutissement d'un continuum de soins : c'est le cas par exemple du programme Le Pont, géré par la mission Old Brewery à Montréal.

Le logement peut être offert dans des logements dispersés ou regroupés (ex : logement sociaux). Les deux approches ont des avantages et des inconvénients. Les logements regroupés réduisent le temps de transport des équipes cliniques et peuvent faciliter les interactions sociales entre les résidents. Les personnes vivant dans des logements dispersés, en revanche, peuvent se retrouver isolées et ressentir de la solitude; mais elles sont en même temps intégrées dans un milieu plus « normal » qui peut favoriser l'inclusion sociale. Cela correspond souvent aux préférences des personnes itinérantes, ce qui est la raison principale pour laquelle le programme Pathways to Housing à New York a choisi de combiner le support externe avec un choix d'appartements dispersés.

Les programmes de logement permanent avec support externe comme le modèle Pathways, sont généralement gérés par des organismes à but non-lucratif. Les logements peuvent être des logements sociaux ou des appartements disponibles sur le marché privé à travers des

programmes de supplément au loyer. La très grande majorité des participants du projet Chez Soi à Montréal ont choisi le logement indépendant sur le marché privé.

Les services de support (ou suivi communautaire) proviennent d'équipes de suivi intensif. Pour le projet Chez Soi, le niveau d'intensité des ressources utilisées a été adapté pour servir une clientèle ayant des besoins plus modérés. Pour cette population, le suivi communautaire provient d'équipes de soutien d'intensité variable.

Suivi intensif (SI) ou *Assertive Community Treatment (ACT)* : Ce modèle comprend des services de gestion de crise, de réadaptation, d'aide sociale ainsi que d'aide à la prise de médicament (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008). Ces services intégrés sont dispensés par une équipe de suivi multidisciplinaire qui comprend des infirmiers, des travailleurs sociaux ou toute autre profession clinique appropriée. Un psychiatre fait partie de l'équipe. La norme pour les équipes SI est un ratio professionnel : client de 1 :10, ce qui permet d'offrir une intensité élevée de services : 6 jours sur 7, 12 heures par jour ainsi qu'une disponibilité 7 jours sur 7, 24h sur 24 pour les crises et les urgences via un système de garde. Une équipe SI peut desservir 80 clients.

Soutien d'intensité variable (SIV) ou *Intensive Case Management (ICM)* : Les services offerts sont similaires à ceux des équipes de suivi intensif mais à moindre intensité. Aucun consensus ne semble exister quant aux composantes du modèle de soutien d'intensité variable (Latimer & Rabouin, 2011b; Schaedle & Eipsein, 2000). Les équipes de soutien d'intensité variable du projet Chez Soi assurent une disponibilité de 12 heures par jour, 7 jours sur 7. Une équipe SIV peut desservir 100 clients.

Tableau I Caractéristiques-clés des trois approches au logement

Traduit et adapté de l'anglais de *From Housing to Homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumers/survivors* (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999)

Dimensions clés	Types de logement		
	Logement supervisé (<i>custodial housing</i>)	Logement avec support interne (<i>supportive housing</i>)	Logement permanent avec support externe (<i>supported housing</i>)
Valeurs	Soins de base : aide dans les activités quotidiennes comme les repas et la prise de médicament.	Réadaptation	Autonomie et intégration dans la communauté.
Modèles typiques d'habitation	Résidence supervisée Résidence de type familiale.	Foyer de groupe. Groupe d'appartements	Logements sociaux Appartements
Location	Principalement en ville.	Principalement en ville.	N'importe où.
Caractéristiques des résidents de l'habitation	Personnes ayant des troubles de santé mentale ou avec un handicap. Les résidents sont habituellement très dépendants et ont un long historique de problèmes de santé mentale.	Personnes avec des problèmes de santé mentale. Les résidents sont orientés vers la croissance personnelle et ont un court historique de problème de santé mentale.	N'importe qui, mais souvent des personnes à faible revenus. Les habitations ne logent pas exclusivement des personnes ayant des troubles de santé mentale.
Nombre de personnes vivant dans le l'habitation	Varie entre un petit groupe et un grand groupe de personnes.	Habituellement, des groupes petits ou moyens.	Habituellement un petit groupe ou une personne
Rôle des usagers	Patient / Client.	Résident.	Locataire / Citoyen.
Rôle du personnel	Pourvoyeurs de soins.	Agent de réadaptation.	Facilitateur.
Orientation de l'intervention	Focus sur le déficit.	Focus sur les déficits et les forces.	Focus sur les forces.
Potentiel de gain en autonomie	Peu de choix de logement, des compagnons de vies et des activités quotidiennes. Plusieurs règlements restrictifs. Contrôle par le personnel.	Choix limité de logement, les compagnons de vies et les activités quotidiennes. Quelques règlements. Contrôle partagé.	Choix considérable au niveau du logement, des compagnons de vie et des activités quotidiennes. Peu ou pas de règlements. Contrôle par le locataire.
Nature des services de support	Services de support sur place. Services orientés vers les soins et la dépendance.	Services de support sur place. Services orientés vers l'indépendance.	Les services de support proviennent de l'extérieur. Le processus de support est contrôlé par le locataire.
Intégration interne vs. externe	Intégration interne.	Intégration interne et externe.	Intégration externe.
Stabilité	Long terme.	Peut-être à long terme mais habituellement à court terme.	Long terme.

Au cours des dernières décennies, le logement avec support a commencé à remplacer le logement supervisé. Les modèles de logement avec support interne ont longtemps été considérés comme très distincts des modèles de logement indépendant avec support externe. Cependant, avec le temps, cette distinction est devenue de plus en plus floue. Certains principes des programmes de logement indépendant avec support externe (par exemple: le logement à long terme, le support individualisé), ont infiltré les programmes de logement avec support interne (Geoffrey Nelson & al., 2007). Pour ajouter à la confusion, il est possible pour une personne demeurant dans un logement supervisé de recevoir des services de traitement, de réadaptation et de soutien d'une équipe de suivi intensif. Ainsi, les catégories définies ci-haut ne sont pas exhaustives. Diverses approches au logement existent dans la communauté. Le rapport de recherche « Itinérance, logement et réduction des méfaits » produit par la Société canadienne d'hypothèques et de logement analyse différents modèles de logement existant au Canada selon le type de logement et les modèles de prestation de service. Le tableau II catégorise les programmes de logement existant à Montréal.

Tableau II Classification des programmes de logement à Montréal

Logement supervisé <i>(custodial housing)</i>	Logement avec support interne <i>(supportive housing)</i>	Programme de logement indépendant avec support externe <i>(supported housing)</i>
Ressources intermédiaires	Service de réinsertion et d'hébergement transitoire de la Mission Bon Accueil	Projet Chez Soi (Housing First avec appartements dispersés) Projet clé en main à Québec
Résidences de type familial Maison Chez Lise	Services d'accompagnement de la Mission Old Brewery	Un individu en logement social sans support interne significatif ou en appartement (avec ou sans supplément au loyer) qui est suivi par une équipe de suivi intensif ou une équipe de soutien d'intensité variable peut être considéré comme vivant dans un programme de logement avec support externe.
Centre Rosemont	Services de logement de la Mission Old Brewery	
Logements supervisés de Ms. Green	Le Transit (Maison du père)	
Logement supervisé de Mme. Muriel Labrecque	Les studios et chambres supervisés de la Maison du père Le soutien à domicile de la Maison du père Centre Booth (Armée du Salut)	

2.2 Effets de l'accès immédiat au logement avec support sur la stabilité résidentielle

Plusieurs revues de littérature ont été réalisées sur les programmes de logement avec support (Culhane, Parker, Poppe, Gross, & Sykes, 2007; Groton, 2013; Nelson, Aubry, & Lafrance, 2007; Rogers et al., 2008; Waegemakers Schiff, Schneider, & Schiff, 2007). Les dimensions étudiées par les études portant sur les programmes de logement peuvent être regroupées en trois catégories : 1) Stabilité résidentielle, 2) Préférence et satisfaction des utilisateurs de services, 3) Santé mentale et qualité de vie.

2.2.1 Stabilité résidentielle

La stabilité résidentielle est l'un des principaux objectifs visés par les programmes de logement. Mesurer le statut résidentiel d'une personne peut paraître simple. Toutefois, aucun consensus n'existe quant à la définition de la stabilité résidentielle (Rogers et al., 2008). Dans la plupart des cas, le nombre de jours en logement est divisé par le nombre de jours de la période d'observation. Cependant, les définitions du numérateur et du dénominateur utilisées pour évaluer la proportion de temps en logement peuvent varier d'une étude à l'autre. Par exemple, pour le numérateur, certaines études vont compter les jours d'hospitalisation comme une journée en logement puisque la personne n'a pas perdu son logement. D'autres considèrent une hospitalisation comme une rupture de la stabilité résidentielle. Aussi, la période d'observation (dénominateur) peut varier. Malgré l'absence de consensus quant à la définition de stabilité résidentielle, l'ensemble des études indiquent que l'accès immédiat au logement indépendant avec support externe (Culhane, Metreaux, & Hadley, 2002; Hurlburt, Hough, & Wood, 1996; O'Connell, Kaspro, & Rosenheck, 2008; Rosenheck, Kaspro, Frisman, & Liu-Mares, 2003) et l'accès immédiat au logement indépendant avec support interne (Culhane et al., 2002) améliorent la stabilité résidentielle. Le taux de rétention est un autre indicateur de la stabilité résidentielle qui a été mesuré pour plusieurs programmes (tableaux III, IV et V).

2.2.1.1 Logement avec support vs. service de support seul

La revue de littérature effectuée par Nelson et al. incluait 16 évaluations avec groupe de comparaison et suggère que les programmes combinant le logement avec des services de support permettait d'obtenir de meilleurs résultats sur la stabilité résidentielle que le suivi intensif et le

soutien communautaire seuls (Nelson et al., 2007). L'accès à un logement abordable est l'un des plus grands obstacles au logement pour les personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale et le suivi communautaire seul n'est pas suffisant pour franchir cette barrière à l'accès. Le logement abordable est un des facteurs prédictifs de la stabilité résidentielle (Rosenheck et al., 2001).

Tableau III Stabilité résidentielle d'autres type de programme

Nom du programme et ville	Type de programme	Mesure d'effet	Résultats	Durée du suivi	Source
<i>Gestion de cas</i> San Francisco, CA; San Diego, CA ; Nouvelle Orléan, LA; Cleveland, OH n=90	Gestion de cas	Nombre de jours logés sur 90 jours	56,45%	3 ans	(Rosenheck et al., 2003)
<i>Services de Veterans Affairs habituels</i> San Francisco, CA; San Diego, CA ; Nouvelle Orléan, LA; Cleveland, OH n=188	Plus de services de santé et de services sociaux disponibles comparativement à la population générale américaine	Nombre de jours logés sur 90 jours	52,88%	3 ans	(Rosenheck et al., 2003)

2.2.1.2 Accès immédiat au logement vs. continuum de soin

Plusieurs études ont démontré que les programmes offrant l'accès immédiat au logement pouvaient obtenir des meilleurs taux de rétention que les programmes de transition traditionnels du continuum de soins (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis, & Fischer, 2003; Tsai, Mares, & Rosenheck, 2010; S. Tsemberis & Eisenberg, 2000). Alors que le taux de rétention était près de 50% pour le continuum de soins (tableau IV), des taux de rétention allant au-delà de 90% ont été observés avec le programme Housing First (tableaux VI et VII). L'étude du programme McKinney (Lipton, Siegel, Hannigan, Samuels, & Baker, 2000) sur le logement avec support interne a obtenu des taux de rétention comparable au continuum de soins et des taux inférieur avec le logement supervisé (tableaux IV et V). Peu d'emphase était mise sur la réhabilitation dans la description du programme McKinney.

Tableau IV Stabilité résidentielle du continuum de soins

Programme	Type de programme	Taux de rétention	Durée du suivi	Source
<i>Services usuels</i> New York, NY n=50	Services usuels. Continuum de soins	14/30	20 mois *perte de suivi pour 21/50 participants	(Stefancic & Tsemberis, 2007)
<i>Linear Residential Treatment (LRT)</i> n=2864	Continuum de soins : logement de transition, résidences en communauté, logement indépendant dans la communauté	59.6%	3 ans	(Sam Tsemberis, 1999)
<i>Services usuels</i> New York, NY	Continuum de soins : travail de proximité, refuge, programme de transition, logement permanent	47%	5 ans	(S. Tsemberis & Eisenberg, 2000)

Tableau V Taux de rétention de programme de logement avec support interne (accès immédiat au logement)

Programme	Type de programme	Taux de rétention	Durée du suivi	Source
<i>McKinney research demonstration program</i> New York, NY n=873	Logement supervisé avec des services de haute intensité. Les utilisateurs de services ont un lit.	37%	5 ans	(Lipton et al., 2000)
<i>McKinney research demonstration program</i> New York, NY n=540	Logement permanent avec support interne d'intensité modéré. Studio ou chambre.	56%	5 ans	(Lipton et al., 2000)
<i>McKinney research demonstration program</i> New York, NY n=1524	Mélange de logement permanent avec support interne de faible intensité et de logement permanent dispersés avec support externe. Appartements.	54%	5 ans	(Lipton et al., 2000)

2.2.1.3 Housing First avec support externe vs. support interne, logements dispersés vs. logements regroupés

L'étude de Pearson permet de comparer Housing First avec appartements dispersés et support externe et Housing First avec appartements regroupés et support interne en évaluant le programme *Pathways* et le programme du *Downtown Emergency Services* (Pearson, A.E., & Locke, 2009). Le taux de rétention obtenu avec le programme *Pathways* avec un modèle d'appartements dispersés avec support externe est plus élevé que celui obtenu avec *Downtown Emergency Services*; avec un modèle d'appartements regroupés avec support interne (92% vs. 80%). Housing First avec un modèle d'appartements dispersés et du support externe semble donc obtenir de meilleurs taux de rétention que Housing First avec un modèle d'appartements regroupés et du support interne. Cela dit, le taux de rétention obtenu par *Downtown Emergency Services* est tout de même très bon. Aucune autre étude relevée n'a permis de comparer les deux modèles Housing First. Ainsi, il est difficile de conclure sur le modèle Housing First offrant les meilleurs résultats au niveau de la stabilité résidentielle.

L'étude de Pearson a également évalué la stabilité résidentielle de Housing avec un modèle utilisant des chambres regroupées avec support externe (Pearson et al., 2009). Le programme du *Housing Urban Development* du *Veterans Affairs* a également obtenu un taux de rétention de 80%. Ce taux est comparable à l'autre programme Housing First utilisant un modèle de logements regroupés, *Downtown Emergency Services*.

Tableau VI Taux de rétention de programmes Housing First

Programme	Taux de rétention	Durée du suivi	Source
Appartements dispersés avec support externe			
<i>Pathways Supported Housing</i> New York, NY n=139	84.2%	3 ans	(Sam Tsemberis, 1999)
<i>Pathways Supported Housing</i> New York, NY n=139	88%	5 ans	(S. Tsemberis & Eisenberg, 2000)
<i>Pathways Supported Housing</i> New York, NY n=26	92%	12 mois	(Pearson et al., 2009)
<i>Pathways Supported Housing</i> New York, NY n=62	84% 73,8%	24 mois 47 mois	(Stefancic & Tsemberis, 2007)
<i>Consortium</i> New York, NY n=52	79% 57%	24 mois 47 mois	(Stefancic & Tsemberis, 2007)
Appartements regroupés avec support interne			
<i>Downtown emergency services (DESC)</i> Seattle, WAS n=25	80%	12 mois	(Pearson et al., 2009)
Chambres regroupées avec support externe			
<i>Reaching Out and Engaging to Achieve Consumer Health (REACH)</i> San Diego, CA n=29	80%	12 mois	(Pearson et al., 2009)

Tableau VII Stabilité résidentielle de Housing First avec appartements dispersés avec support externe

Nom du programme et ville	Mesure d'effet	Résultats	Durée du suivi	Source
Housing Urban Development – Veterans Supportive Housing (HUD-VASH) San Francisco, CA; San Diego, CA ; Nouvelle Orléan, LA; Cleveland, OH N=182	Nombre de jours logés sur 90 jours	65,98%	3 ans	(Rosenheck et al., 2003)

2.2.1.4 Facteurs contribuant au succès de l'approche Housing First comparativement aux autres modèles de logement pour personnes itinérantes ayant des troubles mentaux

Le succès de l'approche Housing First comparativement au continuum de soins provient de l'accès immédiat au logement. Tel que discuté plus haut, plusieurs personnes n'arrivent pas à graduer au logement permanent avec le continuum de soins étant donné les conditions de réussite imposées aux utilisateurs de services à l'intérieur de ces programmes.

Comparativement aux autres modèles de logement pour personnes itinérantes ayant des troubles mentaux, l'obtention de meilleurs résultats au niveau de la stabilité résidentielle est attribuable à plusieurs facteurs :

- 1) *L'accès immédiat au logement*
- 2) *Une plus grande tolérance et flexibilité lors d'épisodes de crise :*

Dans le cas d'un client difficile, beaucoup d'effort sera déployé par les équipes de logement et de soutien avant que le client ne soit expulsé de son logement. Les autres modèles de logement ont une tolérance moins élevée pour les clients difficiles. L'expulsion du logement ne signifie pas l'expulsion du programme Housing First, comme il est le cas des autres types de programmes. L'équipe clinique continuera à soutenir le client dans son rétablissement et l'équipe logement travaillera à trouver un nouveau logement pour le client.

- 3) *L'offre d'une plus grande autonomie aux utilisateurs de services :*

Plusieurs utilisateurs de services tolèrent mal la présence d'une supervision constante et des règlements et finissent pas sortir eux-mêmes du programme de logement ou à en être expulsés. Tel que décrit dans la section 2.2.2 et 2.2.3, les personnes itinérantes semblent clairement préférer le logement indépendant et la satisfaction du consommateur par rapport à son logement peut avoir un impact important sur la rétention.

2.2.2 Préférence et satisfaction

Plusieurs études concluent que les personnes itinérantes préféreraient vivre dans des logements avec moins de restrictions et plus de flexibilité, tels que les appartements dispersés. Des études aux États-Unis (Harley, 2002), au Canada (Goering, Durbin, Trainor, & Paduchak, 1990) et en Australie (Owen et al.) ont constaté cette préférence. Un sondage (n=300) en Ontario a permis d'estimer que 79% des personnes avec troubles mentaux graves préféreraient vivre en

appartement ou dans sa propre maison, et que seulement 38% vivaient dans un type de logement correspondant à leur préférence (Nelson, Hall, & Forchuk, 2003) . La préférence du consommateur a été associée à sa satisfaction avec son logement (Champney & Dzurec, 1992; G. Nelson et al., 2003). Deux études ont permis de démontrer une association entre la qualité de vie et le fait d'être logé selon ses préférences (Keck, 1990; Geoffrey Nelson, Hall, &Forchuk, 2003). Cela dit, un aspect négatif a été associé au logement indépendant : la préférence pour le logement indépendant apparaît plus marquée chez les personnes qui ont des problèmes de consommation de substances (Schutt & Goldfinger, 1996).

2.2.3 Choix et contrôle

La perception de pouvoir choisir et contrôler le logement et les services de support semble apporter des résultats positifs chez les personnes ayant des troubles de santé mentale. La perception de choix et de contrôle a été associée à une plus grande satisfaction avec son logement, une plus grande stabilité résidentielle, une plus grande stabilité psychologique (Nelson et al., 2003; Srebnik, Livingston, Gordon, & King, 1995) et la réduction de symptômes psychiatriques (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005). Une étude, basé sur des données provenant dans le sud-ouest de l'Ontario (n=300) suggère que la perception de choix et de contrôle est associée positivement à la qualité de vie, à la qualité du logement et au niveau de fonctionnement dans la communauté (Nelson et al., 2003). Ainsi, considérées dans leur ensemble, ces études remettent en question l'idée préconçue que les professionnels savent ce qui est meilleur pour les utilisateurs de services.

2.2.4 Qualité de vie

Malgré que la qualité de vie et la satisfaction avec son logement soient associées avec la perception de choix et de contrôle, les effets du logement avec support sur la santé mentale des personnes itinérantes avec troubles de santé mentale sont moins évidents. Bien que les personnes en logement indépendant expriment une hausse de satisfaction par rapport à leur logement, elles ne sont pas plus satisfaites par rapport à leur vie (Schutt & Goldfinger, 1996).

Clark et Rich ont observé une amélioration des symptômes psychiatriques et une diminution de la consommation d'alcool et de drogues mais pas de façon significative (Clark & Rich, 2003). Les études portant sur le programme *Pathways to Housing* (Padgett, Gulcur, &

Tsemberis, 2006 ; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004) et l'étude de Pearson (Pearson et al., 2009) ne démontrent aucun effet significatif de *Housing First* sur les symptômes psychiatriques ou la consommation d'alcool/drogue. L'étude de la *Collaborative Initiative to help end chronic homelessness* (CICH) suggère une augmentation modeste mais significative de la qualité de vie, du fonctionnement lié à la santé, ainsi qu'une réduction de la détresse psychologique mais les problèmes liés à la drogue et l'alcool demeurent inchangés avec *Housing First* (Mares & Rosenheck, 2009). Toutefois, aucune association entre le logement indépendant et une augmentation de la consommation n'a été observée (Keck, 1990). Dans le programme HUD-VASH, aucune différence significative par rapport à la santé psychiatrique et la consommation de substance n'est observée avec *Housing First* (Rosenheck et al., 2003). Par contre, en reprenant les résultats de cette étude avec l'imputation multiple pour tenir compte des données manquantes, une diminution significative de la consommation de substance a été observée (Cheng, Lin, Kaspro, & Rosenheck, 2007).

2.2.5 Résumé des résultats en ce qui concerne la stabilité résidentielle, la préférence et la satisfaction, le choix et le contrôle ainsi que la qualité de vie

La revue de littérature sur le logement et la qualité de vie permet donc de faire ressortir les éléments suivants :

- 1- Les programmes de logement avec support de type *Housing First* ont été efficaces pour loger les personnes itinérantes avec troubles mentaux graves.
- 2- Le logement indépendant est clairement préféré par les personnes itinérantes. Le logement indépendant augmente la perception de choix ainsi que la satisfaction des personnes itinérantes par rapport à leur logement.
- 3- Aucune augmentation de consommation de substance n'a été observée chez les clients de programmes de logement avec support de type *Housing First*. Certaines études suggèrent même que les programmes de logement avec support sont associés à une diminution de la consommation.
- 4- L'état des connaissances ne permet pas de conclure sur l'impact de programmes de logement sur la santé mentale et la qualité de vie selon les indicateurs traditionnels. Cela

dit, une augmentation de la stabilité résidentielle peut être considérée comme une amélioration de la qualité de vie.

2.3 Évaluations économiques et analyses de coûts de *Housing First*

2.3.1 Études publiées : Évaluations économiques et analyse de coûts

La majorité des études économiques et les analyses de coûts recensées ont été publiées lors de la dernière décennie. Ce n'est qu'en 1995 que l'idée de logement indépendant avec support externe, selon les principes de *Housing First*, a été définie (P. Carling, 1995). Une revue de littérature sur les évaluations économiques de programmes desservant les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale a été réalisée en 2000 (Rosenheck, 2000). Celle-ci n'a permis d'identifier aucune étude portant sur un programme offrant l'accès immédiat au logement permanent. Une seconde revue de littérature réalisée en 2007 (Culhane et al., 2007) inclut les évaluations économiques de programmes *Housing First*. Cette revue porte principalement sur les résultats de recherche. La revue de la littérature effectuée pour ce mémoire analysera plus en profondeur la méthodologie utilisée pour réaliser les évaluations économiques et les analyses de coûts. Peu d'études ont été recensées et nous ne nous attarderons pas sur les différences entre les logements dispersés vs. regroupés ni sur les différences entre services internes ou externes. Ainsi, nous analyserons globalement les programmes offrant l'accès immédiat au logement permanent avec support aux personnes itinérantes ayant des troubles mentaux. Le tableau VIII résume l'ensemble des études recensées.

Tableau VIII Études expérimentales

Étude	Population	Logement (indépendant + support externe, ou support interne)	Housing First (Oui ou Non)	Nombre de participants E = expérimental C = comparaison	Période d'observation	Plan de l'étude	Perspective	Coûts mesurés	Mesures d'efficacité	Résultats principaux
(Rosenheck et al., 2003) Programme HUD-VASH (<i>Housing and Urban Development – Veterans Affairs Supported Housing</i>) San Francisco, CA San Diego, CA New Orleans, LA Cleveland, OH	Vétérans itinérants avec des troubles mentaux graves et/ou problèmes de dépendance	Logement indépendant avec support externe	Oui	E1 = 182 E2 = 90 C = 188	3 ans	Étude expérimentale à répartition aléatoire (prospective) Analyse coût-efficacité 3 branches: <i>Groupe 1</i> : SIV + supplément au loyer (n=182) <i>Groupe 2</i> : SIV (n=90) <i>Groupe 3</i> : Services usuels de Veterans Affairs (n=188) Données auto-rapportées aux 3 mois.	1) L'assureur (Veterans Affairs), 2) Système de santé 3) Gouvernement 4) Société.	Variables incluses : Cliniques externes, hospitalisations, refuges, incarcérations, paiements de transfert, administration des subventions au loyer, coût du programme Les coûts sont basés sur des rapports existants. Aucun détail n'est fourni quant à l'inclusion des coûts indirects et des coûts en capitaux.	Temps passé en logement Statut clinique (psychiatrie, dépendances) Intégration dans la communauté	Le groupe 1 a passé 16% plus de jours en logement que le groupe 2 et 25% plus de jours en logement que le groupe 3. Le groupe 1 a passé 35% et 36% moins de jours sans abri que les autres groupes. Sous une perspective sociétale, le groupe 1 coûte 6200 \$ (15%) de plus que le groupe 3. RCED (groupe 1 vs groupe 3) : 45 \$ par jour en logement.
(Basu, Kee, Buchanan, & Sadowski, 2012) Chicago, IL	Personnes itinérantes avec des problèmes de santé chronique Recrutement suite à une hospitalisation. Il fallait que le participant ait été itinérant 30 jours avant d'avoir été hospitalisé.	Logement avec support interne et Logement indépendant avec support externe	Oui	E = 201 C = 204	18 mois	Étude expérimentale à répartition aléatoire (prospective) Données administratives	Société	Hospitalisations, visites à l'urgence, cliniques de santé communautaire, centres de réadaptation, centres d'hébergement longue durée, incarcérations, coûts judiciaires (arrestations et convictions) Aucune information sur l'inclusion des coûts indirects.	N/A	Diminution de coûts de 6 307 \$ par personne. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée.

Tableau IX Études quasi-expérimentales

Étude	Population	Logement (indépendant + support externe, ou support interne)	Housing First (Oui ou Non)	Nombre de participants E = expérimental C = comparaison	Période d'observation	Plan de l'étude	Perspectives	Coûts mesurés	Mesures d'efficacité	Résultats principaux
(Culhane et al., 2002) New York, NY	Itinérants avec troubles mentaux graves	Logements indépendants avec support externe et Logement avec support interne confondus	Non	4679 Nombre de paires varie selon la variable étudiée.	1989 à 1997. Durée de suivi variée.	Étude expérimentale invoquée (quasi-expérimental) (rétrospective) Étude avant-après avec groupe apparié. Données administrative entre 1989 et 1997.	Gouvernement (non-mentionné)	Hospitalisations, cliniques externes, refuges, incarcérations Aucune mention de la présence de coûts direct ou indirect sauf pour les coûts du logement, qui comprennent les coûts en capitaux.	N/A	Avant l'intervention, le coût moyen par personne itinérante était de 40 449 \$. L'intervention est associée à une réduction des coûts de 16 282 \$ par logement. Le coût annuel de l'intervention est de 277 \$. Le coût net de l'intervention est de 995 \$ par unité.
(Larimer et al., 2009) 1811 East Lake Seattle, WA	Itinérants chroniques avec problèmes d'alcoolisme graves Ces participants sont les plus grands utilisateurs de centres de crise et sont ceux qui ont eu les coûts hospitaliers pour des problèmes liés à l'alcool les plus élevés	Logement avec support interne	Oui	E = 95 C = 39 Groupe contrôle provenant de la liste d'attente	1 an avant et 1 an après	Étude quasi-expérimentale avant-après avec groupe de comparaison (prospective) Données administratives	Perspective sociétale (non-mentionné)	Réclamations aux assurances : -Centres de désintoxication Hospitalisations liées à une désintoxication -Centres de réadaptation urgences -Hospitalisations -Refuge, -Prison, -Programme de logement permanent	Consommation d'alcool présente	Le coût médian par participant HF était de 42 964 \$ avant l'entrée dans l'étude. Suite à l'intervention, les coûts ont diminué de 53% comparativement au groupe de contrôle. En incluant le coût de HF, HF a permis de réduire les coûts totaux de 2449 \$.

Étude	Population	Logement (indépendant + support externe, ou support interne)	Housing First (Oui ou Non)	Nombre de participants E =expérimental C=compaison	Période d'observation	Plan de l'étude	Perspectives	Coûts mesurés	Mesures d'efficacité	Résultats principaux
(Gilmer, Manning, & Ettner, 2009) Programme REACH (Reaching Out and Engaging to Achieve Consumer Health) San Diego, CA	Itinérants avec troubles mentaux graves	Logement avec support interne et Logement indépendant avec support externe	Oui	E = 177 C = 161	2 ans avant et 1 à 2 ans après	Étude avant-après avec groupe apparié. (rétrospective) Calcul de la double différence entre les groupes. Données administratives	Dispensateur de service: Services de santé mentale de San Diego	Services des santé mentale de San Diego -Gestion de cas -Cliniques externes -Urgences -Hospitalisations -Services de santé mentale offerts en prison	N/A	Augmentation des coûts de gestion de cas (6 403 \$) Diminution des coûts des hôpitaux (6 103 \$) Diminution des coûts de services de santé mentale en prison (570 \$) Aucune différence significative au niveau des coûts totaux.
(Mares & Rosenheck, 2009) Programme CICH (Collaborative Initiative to help end chronic homelessness) Chattanooga, TN Chicago, IL Columbus, OH Denver, CO Fort Lauderdale, FL Los Angeles, CA Martinez, CA New York, NY Philadelphia, PA Portland, OR San Francisco, CA	Itinérants chroniques	Logement avec support interne et Logement indépendant avec support externe	Oui	E=734	1 an avant 1 an après	Étude quasi-expérimentale sans groupe de comparaison (prospective) Intervention : Logement permanent + SIV + services de santé primaire + service de santé mentale et réadaptation Données auto-rapportées	Assureur : Ministère de la santé	-Soins médicaux -Soins dentaires -Services de santé mentale -Soins de réadaptation (dépendance) -Hospitalisations -Cliniques externes Les coûts unitaires proviennent d'une étude précédente sur la schizophrénie (Rosenheck, 2006) Aucun détail sur les coûts indirects et les coûts en capitaux. N'inclut pas les coûts de l'intervention.	Nombre de jours passé en logement Intégration dans la communauté Santé mentale et dépendance	Diminution de 50% des coûts de santé (6 832 \$ à 3 372\$). Nombre de jours passé en logement ont augmenté significativement (18 à 83 sur 90 jours après 12 mois). Amélioration modeste de la qualité de vie. Peu de changement quant aux problèmes de dépendance. Cela dit, une diminution de la consommation de crack, de la cocaïne et de la marijuana a été observée.

Étude	Population	Logement (indépendant + support externe, ou support interne)	Housing First (Oui ou Non)	Nombre de participants E = expérimental C = comparaison	Période d'observation	Plan de l'étude	Perspectives	Coûts mesurés	Mesures d'efficacité	Résultats principaux
(McLaughlin, 2011) État du Maine	Personnes en situation d'itinérance chronique qui ont un trouble de santé mentale ou un handicap physique et qui bénéficient de l'assurance Medicaid ou Medicare	Logement indépendant avec support externe	Oui	E = 263	2 ans avant 2 ans après	Étude quasi-expérimentale sans groupe de comparaison (rétrospective) Données administratives	Gouvernement	-Remboursements par l'assureur -Urgences -Contacts avec la police -Prisons Aucune information sur les sources de coût. Aucune information sur l'inclusion des coûts indirects	N/A	Coûts totaux avant HF : 18 629 \$ Coûts totaux après HF : 17 281 \$
(Debra Srebnik, Connor, & Sylla, 2013) Begin at Home (BAH) Seattle, WA	Utilisateurs intensifs des hôpitaux et de centres de réadaptation. (frais de 10 000 \$ et plus pour des soins de santé)	Logement avec support interne	Oui	E = 29 C = 31	1 an avant 1 an après	Étude quasi-expérimentale avant-après avec groupe de comparaison (prospective) Données administratives	Gouvernement	Remboursements par l'assureur : -Hospitalisations -Urgences -Incarcérations Coûts directs inclus seulement.	N/A	Groupe expérimental : Réduction des coûts 62 504 \$ pour le groupe expérimental. 25 925 \$ pour le groupe de comparaison. Cette différence de 36 579 \$ compense pour le coût de l'intervention qui est de 18 600 \$.

La majorité des articles identifiés portent sur des personnes ayant des troubles mentaux graves. Certains de ces articles vont se concentrer sur des itinérants présentant des problématiques de santé mentale particuliers : par exemple, les vétérans (Rosenheck et al., 2003) ou les personnes dépendantes à l'alcool (Larimer et al., 2009; Debra Srebnik et al., 2013). L'étude de Basu recrute des participants itinérants ayant été hospitalisés (Basu et al., 2012) et l'étude de McLaughlin recrute des participants ayant un problème de santé mentale ou un handicap physique et qui reçoivent l'assurance de Medicaid ou de Medicare (McLaughlin, 2011). Seule l'étude de CICH (Mares & Rosenheck, 2009) évalue une population itinérante plus diversifiée avec des besoins modérés. Le seul critère d'éligibilité est l'admission au programme CICH.

Ce qui distingue les études publiées des études non-publiées est la présence d'un groupe de comparaison. La présence d'un groupe de comparaison permet de tenir compte du biais de régression vers la moyenne. Cela est particulièrement important, surtout si les participants sont recrutés sur la base d'une utilisation de service récente (ex : hospitalisation) comme c'est le cas dans plusieurs de ces études (Basu, Kee, Buchanan, & Sadowski, 2012; Larimer et al., 2009; Srebnik, Connor, & Sylla, 2013). L'étude du programme HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003; Basu et al., 2012) comprennent un groupe témoin constitué au hasard. Outre la présence d'un groupe de comparaison, la taille de l'échantillon a une incidence importante sur les résultats de recherche. La plupart des études comprennent de petits échantillons de moins de 500 participants. Plus la taille de l'échantillon augmente, plus les diminutions de coûts observées baissent (Culhane, 2008). C'est le cas de l'étude de New York (Culhane et al., 2002), qui comprend toujours le plus grand nombre de participants (n=4679) et continue d'être la référence pour l'évaluation de programmes d'accès immédiat au logement permanent avec support.

Données administratives vs. Données auto-rapportées

L'utilisation de services a été mesurée à partir de données administratives collectées auprès d'assureurs et d'institutions dans la majorité des études (Culhane et al., 2002; Larimer et al., 2009; Gilmer et al., 2009; McLaughlin, 2011; Basu et al., 2012) et (Debra Srebnik et al., 2013)). L'utilisation de données administratives présente quelques limites qu'il est important de souligner. Premièrement, il est possible que des visites effectuées à l'hôpital ou auprès de professionnels de la santé n'aient pas été enregistrées dans les données administratives. Dans

l'étude du 1811 East Lake, Larimer précise que des visites à des hôpitaux autres que le Harbor View Medical Center, qui reçoit la plus grande partie de la population itinérante de Seattle, n'ont pas été enregistrées par Medicaid et n'ont donc pas pu être incluses dans son étude. Étant donné les liens particuliers entre le Harbor View Medical Center et le programme du 1811 East Lake, il est probable que les visites vers d'autres hôpitaux aient diminué plus pour le groupe expérimental recevant Housing First, créant un biais en défaveur de Housing First. Dans leur étude, Basu et al. (2012) rapporte que plusieurs dossiers médicaux demandés à des hôpitaux externes à la région étudiée n'ont pas été obtenus (11%). Deuxièmement, les intervenants vont s'assurer que leurs patients sont inscrits aux assurances publiques auxquelles ils ont droit (Medicare et/ou Medicaid). Ainsi, la probabilité qu'une visite ait été enregistrée est plus élevée pour un participant recevant Housing First que pour un participant du groupe de comparaison. Cela crée un biais en défaveur de l'intervention. Troisièmement, les bases de données administratives ne font pas l'objet d'un contrôle aussi rigoureux que ce qui est fait dans des études scientifiques. Il peut y avoir des erreurs de frappe, des données manquantes ou des informations erronées (Culhane, 2008). Cela dit, la collecte de données étant la même entre les deux groupes, ce type d'erreur est probablement complètement aléatoire et devrait avoir un effet comparable entre les deux groupes.

En contre-partie, les études utilisant des données auto-rapportées (Rosenheck et al., 2003; Mares & Rosenheck, 2009) sont sujettes à une attrition différentielle. Étant donné que l'on pourrait s'attendre à ce que les personnes dont l'état de santé s'est détérioré soient perdues de vue et que le groupe témoin, ne recevant pas d'intervention particulière, comprenne plus de ce type de participant, il est possible que les résultats soient biaisés contre Housing First; aussi, les participants ne recevant pas l'intervention pourraient perdre intérêt à participer à l'étude (Rosenheck et al., 2003). Cela dit, les participants qui ont été perdus de vue et ceux qui ont été suivis dans l'étude du programme HUD-VASH étaient assez semblables (Rosenheck et al., 2003). En ajustant les résultats pour tenir compte de l'attrition différentielle (*propensity score weighting*) de l'étude de CICH, une étude préliminaire a observé peu de différence entre les résultats avec et sans ajustement (Mares & Rosenheck, 2007).

Les données auto-rapportées peuvent avoir été mal rapportées et ne pas refléter l'utilisation réelle du service dû à un biais de mémoire. Cependant, la collecte de données étant la même pour les groupes expérimentaux et les groupes de comparaison, on peut supposer que le

biais engendré est non-différentiel. Les données administratives de l'étude du CICH ont été comparées avec les données qui ont été auto-rapportées par les participants. Une bonne correspondance a été observée entre les données sur l'utilisation de centre de réadaptation et de prison; par contre, l'utilisation des hôpitaux semble avoir été sur-rapportée par les participants (Clisafi et al., 2011). Malheureusement, la concordance des données auto-rapportées avec les données administratives entre les groupes recevant l'intervention et le groupe recevant les services usuels n'a pas été analysée.

Évaluation économique vs analyse de coûts

La recension des écrits révèle que peu d'évaluations économiques ont été effectuées selon la définition classique du terme : une évaluation économique proprement dite comportant l'analyse comparative de cours d'action alternatifs en termes de coûts et de conséquences (Drummond, Sculpher, Torrance, O'Brien, & Stoddart, 2005). La grande majorité des études recensées analyse uniquement les coûts d'utilisation de services. Parmi les études évaluant les coûts, deux études seulement mettent en regard les différences de coûts et les conséquences du logement avec soutien sur le temps passé en logement (Rosenheck et al., 2003; Mares & Rosenheck, 2009).

Perspectives

Les études recensées ont effectué leur analyses sous trois perspectives économiques distinctes, soit celle du système de santé publique (Mares & Rosenheck, 2009; Debra Srebnik et al., 2013; Rosenheck et al., 2003), celle du gouvernement (Culhane et al., 2002; Larimer et al., 2009; McLaughlin, 2011; Rosenheck et al., 2003) et celle de la société (Larimer et al., 2009; Basu et al., 2012). Dans plusieurs cas, la perspective de l'étude n'est pas mentionnée (Culhane et al., 2002; Larimer et al., 2009). Il est possible que les refuges soient financés par la ville ou l'état. Les refuges peuvent bénéficier de services de bénévoles. Malheureusement, cette question n'est pas abordée et il est difficile de savoir dans quelle mesure la perspective sociétale diffère de la perspective gouvernementale. Sous la perspective gouvernementale, aucune étude n'a inclus les paiements de transfert. Cette variable serait intéressante à analyser car il est possible que l'intervention ait affecté l'octroi de paiement de transferts. Les intervenants pourraient avoir aidé les participants à se prévaloir de bénéfices auxquels ils avaient droit. Aussi, suite à une

amélioration de la stabilité résidentielle avec *Housing First*, des participants pourraient avoir obtenu un emploi et ne plus nécessiter de paiements de transfert.

Les centres de jour et les soupes populaires sont des services très utilisés par les personnes itinérantes. Malheureusement, ils n'ont pas été inclus dans les études utilisant une perspective sociétale. L'utilisation de ces services ne peut être collectée qu'à travers des questionnaires et plusieurs de ces études se sont limitées à l'utilisation de données administratives pour réaliser leur analyse.

Afin de réaliser une analyse plus complète sous une perspective sociétale, les coûts indirects¹ liés à l'itinérance pourraient également être inclus. Par exemple, la perte de productivité que peut engendrer l'itinérance et le fardeau d'héberger un proche. Aucune étude n'a évalué les coûts indirects des itinérants et de leurs proches. Les analyses de coûts et les évaluations économiques se concentrent principalement sur l'utilisation de services.

Coûts unitaires

Bien que le coût des ressources utilisées par les personnes itinérantes suscite beaucoup d'intérêt auprès de la communauté scientifique et des responsables des politiques de santé, peu d'attention a été portée aux calculs de coûts unitaires utilisés dans les analyses de coûts et les évaluations économiques. Seules les études du programme REACH (Gilmer et al., 2009) et du programme BAH (Debra Srebnik et al., 2013) mentionnent l'inclusion ou non-inclusion des coûts indirects (définition comptable). Par exemple : coûts généraux d'administration et utilisation du bâtiment. Aucune mention n'est faite des coûts en capitaux sauf dans l'étude de New York (Culhane et al., 2002). Les loyers payés par les participants prennent en compte des coûts en capitaux du logement. Ces coûts peuvent être très importants, notamment lorsqu'un bâtiment doit être construit dans le cas des logements avec support interne. Étant donné que le logement joue un rôle central dans ces études, la façon dont on traite les coûts du logement peut avoir une incidence importante sur les résultats économiques.

Dans plusieurs études, les coûts unitaires utilisés n'étaient pas décrits dans l'article ni facilement repérables dans les sources données (Gilmer et al., 2009; Rosenheck et al., 2003;

¹ Les coûts indirects, selon la définition économique, sont les coûts des ressources pour lesquelles aucun paiement n'est effectué mais pour lesquels une opportunité ou un bénéfice est perdu (Jacobs & Fassbender, 1997).

Larimer et al., 2009; Mares & Rosenheck, 2009; Debra Srebnik et al., 2013). Il est alors très difficile d'évaluer la validité de ces analyses de coûts. Les sources de données disponibles pour les coûts unitaires sont variées. Il est possible que les coûts indirects aient été inclus dans certains coûts unitaires mais pas dans d'autres. L'information n'est pas toujours disponible. Cela limite la validité externe des études. Il est difficile d'estimer l'impact sur les coûts réels sans pouvoir déterminer s'il s'agit de coût totaux ou de coûts directs. Cette situation peut également fausser les résultats de l'étude, notamment dans les cas où les coûts liés à l'intervention n'incluent pas les coûts indirects mais que ceux-ci le sont inclus pour les autres services (Basu et al., 2012). Une étude approfondie des sources de coûts unitaires utilisés révèle que les coûts des centres de réadaptation (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003) et les coûts judiciaires d'une conviction et d'un séjour en prison (Legislative Analyst's Office, 2010) comprennent les coûts indirects. Par contre, le coût unitaire de 15 \$/heure pour le gestionnaire de cas de *Housing First*, n'est pas référencé. Ce coût est proche de ce que l'on pourrait supposer être le taux horaire de l'intervenant et ne tient pas compte des coûts indirects. Cette approche biaise fortement les résultats en faveur de l'intervention. Le coût annuel par patient de la gestion de cas (ou de l'intervention) dans l'étude de Basu et al. (2012) est de 287 \$ alors qu'il est de 7002 \$ pour l'équipe de SIV du projet Chez Soi et de 5539\$ dans l'étude de HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003). Malheureusement, l'analyse de sensibilité ne prévoyait pas une si grande variation de coût et ne tient pas compte adéquatement du coût probablement plus élevé de l'intervention.

Les coûts des services de santé sont basés dans plusieurs cas sur les remboursements par Medicare et Medicaid (Culhane et al., 2002; Larimer et al., 2009; McLaughlin, 2011; Basu et al., 2012; Debra Srebnik et al., 2013). Même pour les études basées sur des données auto-rapportées, les coûts unitaires sont basés sur des remboursements. Ainsi, les bases de données de MarketScan sont utilisées pour les études des programmes HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003)) et CICH (Mares & Rosenheck, 2009). Les remboursements n'équivalent généralement pas aux coûts encourus par les hôpitaux (Finkler, 1982) à cause des niveaux de paiements différents des différents assureurs. Aux États-Unis, les remboursements effectués par Medicare et Medicaid ont tendance à être plus bas que les coûts encourus par les hôpitaux (American Hospital Association, 2008). L'utilisation de remboursements peut être appropriée aux États-Unis dans un système de santé où les hôpitaux sont privés et où les hospitalisations sont

remboursées par des assurances privées ou publiques. Par contre, dans le cas des systèmes de santé publique, comme au Canada et en Europe, aucun système de remboursement n'existe pour les hospitalisations. L'utilisation des remboursements limite la possibilité de généralisation des résultats des études de coûts américaines à d'autres pays.

2.3.2 Études non-publiées

2.3.2.1 Études non-publiées américaines

Le *U.S. Interagency Council on Homelessness* a recensé 14 études sur les coûts de personnes itinérantes et 19 analyses de coûts sur les programmes de logement avec support en 2008. Sur les 19 analyses de coûts non-publiées (annexe 3), 4 avaient été effectuées par des chercheurs universitaires et 6 études évaluaient Housing First spécifiquement. Les études de Atlanta, GA et Quincy, MA, ont été effectuées par des chercheurs universitaires et portaient sur Housing First.

Sur les 19 analyses des coûts, 7 avaient des échantillons de plus de 100 participants. Dans plusieurs cas, les plus grands utilisateurs de services de santé et/ou de justice ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Dans certains cas, les participants ont été sélectionnés dans un échantillon de convenance, selon la recommandation d'intervenants tel que le personnel de la salle d'urgence ou la police, et n'étaient donc pas représentatifs de la population d'itinérants chroniques. Plus le nombre de participants était élevé, plus les réductions de coûts observées diminuaient (Culhane, 2008). De plus grands échantillons permettaient d'inclure des participants dont l'utilisation de services était moins élevée. Le biais de sélection résultant des méthodes d'échantillonnage limite la validité externe de ces études.

La majorité des études ont utilisé un devis pré-post, sauf 5 qui comprenaient un groupe de comparaison. L'absence de groupe de comparaison introduit un biais de régression vers la moyenne qui peut biaiser les résultats en faveur de l'intervention. Sans groupe de comparaison, il est difficile de distinguer ce qui est attribuable à l'intervention de ce qui est attribuable à une amélioration dans le temps de l'état du participant. Notons également que les études sans groupe de comparaison s'étalaient sur une période de 1 à 2 ans, ce qui est court pour évaluer l'effet de l'intervention.

La plupart des études ont bénéficié de la collaboration des institutions locales et ont pu utiliser des données administratives des refuges, des hôpitaux et des prisons.

Les études ont rapporté des diminutions de coûts associées au logement avec support variant de 5614 \$ basé sur une étude californienne comprenant 4881 participants à 43 045 \$ basé sur une étude de 4 individus en Ohio. La majorité des diminutions de coûts varient entre 6000 \$ et 15 000 \$. Malgré la validité scientifique limitée de ces études, ces études démontrent qu'une fois logé, l'utilisation de services par les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux diminue substantiellement, compensant dans plusieurs cas le coût total de l'intervention (Culhane, 2008)

Étant donné les biais associés à l'échantillonnage et au devis de recherche des études non-publiées, les résultats de plusieurs de ces études ne sont pas généralisables à d'autres populations itinérantes. Par contre, tel que l'explique Culhane, elles ont été très utiles pour fournir de l'information locale aux décideurs locaux sur leurs utilisateurs de services en situation d'itinérance chronique et dans certain cas, plus efficaces à influencer les politiques sur l'itinérance que les études scientifiques (Culhane, 2008).

2.3.2.2 Études non-publiées canadiennes

Deux rapports canadiens évaluant l'impact du logement permanent avec support sur les coûts ont été identifiés dans une recherche approfondie, reproduite sur la base de données internet du *Homeless Hub*, qui compile les travaux de recherche portant sur l'itinérance. Ces études évaluent les coûts pour la ville de Halifax (Palermo, Dera, & Clyne, 2006) et la province de la Colombie Britannique (Patterson et al., 2008) en multipliant les fréquences d'utilisation de services observées à New York avant et après l'intervention (Culhane et al., 2002) par des coûts unitaires locaux ou provenant de sources canadiennes. De façon non surprenante, comme dans l'étude de New York, des diminutions de coûts d'utilisation de services sont observées. En incluant le coût du logement avec soutien, Palermo estime que le coût total d'utilisation de service diminue de 41% (31 846 \$ vs. 18 786 \$ pour le logement avec soutien). Patterson estime que le coût total d'utilisation de services diminue de 2.05% (57 531 \$ vs. 56 349 \$ pour le logement avec soutien). L'étude de New York avait observé une légère augmentation des coûts, soit 2.46% (40 451 \$ vs. 41 446 \$ avec le logement avec soutien).

La différence importante entre les résultats de l'étude de Palermo et ceux des études de Culhane et de Patterson est attribuable en grande partie au calcul du coût de l'intervention. Ces deux dernières études utilisent un coût de logement supérieur à l'étude de Palermo. L'étude de

Palermo évalue le coût du logement avec soutien à 13 301 \$ alors que Culhane évalue le coût total par logement, incluant les services de soutien, à 18 190 \$ et Patterson à 19 500 \$. Les études de Culhane et Patterson incluent les coûts en capitaux nécessaires pour construire le logement. Dans l'étude de Palermo, l'inclusion de coûts en capitaux n'est pas mentionnée.

L'étude de Patterson observait une légère diminution des coûts nets alors que l'étude de Culhane observait une légère augmentation des coûts nets. Cette différence peut être expliquée en partie par les différentes sources de coûts utilisées pour ces études. Les coûts de l'étude de Culhane proviennent de remboursements effectués par Medicaid alors que les coûts unitaires utilisés par Patterson proviennent de coûts unitaires estimés par Kopala et al. (2006). Ces coûts unitaires sont relativement bas et se rapprochent des taux horaires des intervenants. Il n'y a aucune indication quant à l'inclusion de coûts indirects². Les remboursements utilisés par Culhane comprennent probablement une part de coûts indirects. L'utilisation de cliniques externes est la seule variable qui augmente avec le programme de logement avec support. La sous-estimation des coûts unitaires dans l'étude de Patterson pour les visites en clinique externe crée un biais en faveur de l'intervention, qui peut expliquer la divergence des résultats avec l'étude de Culhane.

Ces études ont permis d'estimer de façon très approximative l'impact de programmes de logement avec support sur les coûts d'utilisation de services de santé, de services sociaux et de justice au Canada, sans avoir à développer un projet de recherche et suivre une cohorte. Malheureusement, les sources de coûts utilisées ne sont pas robustes et ne représentent peut-être pas les coûts canadiens réels. Cela dit, la limite la plus importante des deux études canadiennes analysées est que la nature et la qualité des services canadiens peuvent être très différentes de celles des services disponibles à New York. Conséquemment, l'utilisation des services dans les villes canadiennes pourrait être très différente de l'utilisation des services à New York. Avant d'implanter un programme de logement avec support, il est important d'évaluer ces programmes auprès d'une population itinérante canadienne.

² Kopala et Syreon Corp., qui avait produit ces coûts unitaires ont été contactés mais n'ont malheureusement pas pu donner plus de précision quant à l'inclusion des coûts indirects.

2.3.3 Résultats de recherche : Impact sur l'utilisation des services

Cette section de la revue de la littérature porte sur l'impact des programmes de logement avec support sur l'utilisation de services de santé, de services sociaux et de services de justice par des personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale. Les résultats se dégageant des études recensées ont été regroupés en cinq catégories dans le but de faciliter la lecture des résultats de recherche (tableau X). La catégorie hôpital comprend les hospitalisations de type psychiatrique et médical ainsi que les visites aux urgences. La catégorie justice comprend, les contacts avec la police, les arrestations, les comparutions et les séjours en prison. La catégorie clinique externe comprend les visites en cliniques externes à l'hôpital, à un CLSC ainsi que le suivi communautaire. La catégorie "autre" regroupe les variables qui n'ont pas pu être catégorisées dans les catégories précédentes. La catégorie impact net total évalue l'impact net de l'intervention sur les coûts d'utilisation de services.

Tableau X Impact sur l'utilisation de services et les coûts

Auteur	Population	Hôpital	Justice	Clinique externe	Autre	Impact net sur les coûts totaux
(Culhane et al., 2002) New York	Itinérants avec troubles de santé mentale graves	-*	-*	+*	Refuges (-*)	+
(Rosenheck et al., 2003) HUD-VASH	Vétérans itinérants avec troubles de santé mentale graves et/ou problèmes de dépendance	+	+	+*	Santé mentale (-) Refuges (-*)	+
(Gilmer et al., 2009)REACH	Itinérants avec troubles de santé mentale graves San Diego Reaching Out and Engaging to Achieve Consumer Health (REACH)	-*	n.d.	+*	n.d.	+
(Larimer et al., 2009)	Itinérants chroniques avec des problèmes d'alcoolisme sévères	Medicaid (-*) Harbor View Urgence(-)	-	+	Detox(+) Centres de réhabilitation (-) Refuges (-)	-
(Mares & Rosenheck, 2009) CICH	Itinérants chroniques	-*	-	-*	n.d.	n.d.
(McLaughlin, 2011)	Itinérant chronique avec trouble de santé mentale ou handicap physique	-	-	-	Detox(-) Ambulances(-) Refuges (-) Logement(+) Médicaments(+)	-
(Basu et al., 2012)	Itinérants avec problèmes de santé chronique	-	-	+*	Urgences (-) Centres de réadaptation (-*) CHSLD (-) Logement (+) Gestion de cas (+)	-
(Debra Srebnik et al., 2013)	Itinérants et utilisateurs intensifs des hôpitaux et des centres de réadaptation	-	-	n.d.	n.d.	n.d.

Note : Étant donné que certaines variables ont été regroupées, afin de simplifier la lecture du tableau, les changements de coûts sont exprimés en avec le signe “-” lorsque l’intervention est associée à une diminution des coûts d’utilisation de service et “+” lorsque l’intervention est associée à une augmentation des coûts. Un “*” est présent lorsque la différence est statistiquement significative. Étant donné la validité limitée des études non-publiées, seules les résultats des études publiées sont présentés dans ce tableau.

Hospitalisation

Toutes les études à l'exception celle de HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003) ont observé une diminution du coût des hospitalisations. Deux études ont observé une diminution significative. L'augmentation des coûts d'hospitalisations des vétérans itinérants avec troubles mentaux graves dans l'étude de HUD-VASH n'était pas statistiquement significative. Au moins deux études ont démontré l'association entre des coûts élevés d'hospitalisation et le fait d'être itinérant (Salit, Kuhn, Hartz, Vu, & Mosso, 1998; Hwang, J., Aubry, & Hoch, 2011). Une revue de littérature (Geoffrey Nelson & al., 2007) a observé que les personnes itinérantes avec troubles mentaux graves assignées à des programmes de logement avec support avaient une plus grande réduction au niveau de l'utilisation des hôpitaux que les participants recevant les services usuels (Drake, Yovetich, Bebout, Harris, & McHugo, 1997; Lipton et al., 2000; Rosenheck et al., 2003) et le suivi communautaire seul (Rosenheck et al., 2003).

Clinique externe et suivi dans la communauté

La majorité des études ont observé une augmentation significative des coûts de cliniques externes et de suivi communautaire. Une explication *a priori* plausible serait l'utilisation de suivi communautaire provenant de l'intervention, à laquelle les participants n'avaient pas accès auparavant. Cependant, cette association n'est pas claire car ces études ne précisent pas si l'augmentation de l'utilisation de services de santé dans la communauté est due à l'utilisation de programmes de suivi communautaires offerts avec les programmes étudiés. Une autre explication serait que les personnes itinérantes passant plus de temps dans la communauté et moins de temps en institution, sont plus disposées à utiliser les services des cliniques externes. Culhane écrit qu'une fois logée, la personne avec des problèmes de santé mentale peut être plus disposée à utiliser les services de cliniques externes (Culhane et al., 2002), ce qui pourrait prévenir des hospitalisations et expliquer en partie la diminution de l'utilisation des hôpitaux observée ci-haut.

Justice

Plusieurs études ont observé une association entre l'itinérance et les activités criminelles (Martell, Rosner, & Harmon, 1995). Les personnes itinérantes sont souvent arrêtées pour des délits reliés à des stratégies de survie, par exemple, pénétrer sur une propriété privée ou dormir

sur un banc de parc (P. J. Fischer, 1988; S. Fischer, Shinn, Shrout, & Tsemberis, 2008; Snow, Baker, & Anderson, 1989). Une association entre la sévérité des symptômes psychiatriques et les crimes non-violents a été observée (S. Fischer et al., 2008). Les personnes itinérantes avec troubles de santé mentale peuvent commettre plus de méfaits parce que leur manque d'environnement structuré nuit à leurs utilisations de services de santé (ex : suivi communautaire) et/ou à la prise de médicaments prescrits (Belcher & Toomey, 1988).

Les programmes de logement permettent de sortir la personne de sa situation d'itinérance et réduisent l'occurrence de comportements criminels associés à l'itinérance. Le suivi communautaire contribue fortement à stabiliser l'environnement de vie de la personne et travaille à contrôler les troubles de santé mentale. Il n'est donc pas surprenant que la grande majorité des études recensées aient observé une diminution des coûts de justice avec les programmes de logement avec support. Cependant, les études de New York (Culhane et al., 2002) et de REACH (Gilmer et al., 2009) sont les seules à avoir observé une diminution significative des coûts de justice. Étant donné les périodes d'observation relativement courtes, moins de trois ans dans la majorité des cas, il est possible que les participants aient été condamnés pour des crimes qu'ils avaient commis avant leur entrée dans l'étude. Une période d'observation plus longue aurait peut-être permis d'observer une différence significative au niveau des coûts de justice.

Impact net sur les coûts totaux

L'analyse de l'impact net de l'intervention sur les coûts totaux donne des résultats moins tranchés que les autres catégories. Trois études observent une augmentation totale des coûts (Culhane et al., 2002; Gilmer et al., 2009; Rosenheck et al., 2003) et trois autres études observent une diminution totale des coûts (Larimer et al., 2009; McLaughlin, 2011; Basu et al., 2012). Aucune de ces études n'observe de différence significative. L'étude de New York (Culhane et al., 2002) comprenant plus de 4679 participants avec groupe de comparaison, a observé une légère augmentation des coûts. Il est difficile de conclure si le logement permanent avec support génère une augmentation ou une diminution des coûts totaux d'utilisation de services. Au mieux, on peut conclure que les coûts d'utilisation de service par des personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale sont semblables avec ou sans programme de logement permanent avec support.

L'étude HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003), la seule à avoir réalisé une analyse coût-efficacité, présente les résultats sous différentes perspectives d'analyse. Il est intéressant d'observer comment la perspective d'une étude peut influencer les résultats, même si la conclusion ne change pas. Dans cette étude, une augmentation des coûts nets d'utilisation de service a été observée. Entre le groupe recevant le logement permanent avec support et le groupe recevant les services usuels, le coût incrémental par jour en logement est de 74 \$ sous la perspective gouvernementale et de 45 \$ sous la perspective sociétale. Le coût incrémental est moins élevé sous la perspective sociétale pour deux raisons. Premièrement, les revenus d'emploi ont été soustraits des coûts sous la perspective sociétale car ils augmentent les ressources disponibles à la société. Deuxièmement, le supplément au loyer (*section 8 voucher* de 6775 \$) n'a pas été inclus dans les coûts. Sous la perspective sociétale conventionnelle, il est considéré comme un paiement de transfert. En incluant le coût du supplément au loyer, le coût incrémental du programme de logement avec support aurait sans doute été similaire sous la perspective sociétale et gouvernementale. Le coût du logement peut être considéré comme coût de maintien de l'individu dans la société, tel qu'il a déjà été effectué dans des études précédentes (Fenton & et al., 1982; Weisbrod, Test, & Stein, 1980).

2.4 Résumé

Les programmes de logement avec support augmentent clairement la stabilité résidentielle. L'accès au logement abordable est un des obstacles principaux que rencontrent les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux. Les personnes ayant des troubles mentaux préfèrent, pour la plupart, vivre en logement indépendant. Être logé selon ses préférences et son choix augmente la satisfaction de l'utilisateur de services, sa qualité de vie et contribue à augmenter les taux de rétention.

Les études sur le logement avec support ont été réalisées principalement auprès de personnes itinérantes avec des besoins élevés (troubles mentaux graves et/ou grande utilisation de service). Depuis l'étude de New York (Culhane, Metreaux, & Hadley, 2002), plusieurs analyses de coûts ont été réalisées et des diminutions de coûts de services ont été observées dans la majorité des études. Peu d'études comprenaient un groupe de comparaison. Les études publiées comprenant un groupe de comparaison confirment toutefois ces observations : des diminutions de coûts de santé, de services sociaux et de justice ont été observées.

Par contre, l'impact monétaire réel du logement avec support demeure incertain. Aucune étude n'a tenu compte des revenus d'emploi des participants et du coût des médicaments. Peu d'attention a été accordée aux coûts comptabilisés dans les études. Dans le cas des coûts non-relés à la santé, les coûts utilisés, les sources de coûts ou l'inclusion de coût indirect et de coût en capital est inconnue. Peu d'information était présente dans les études afin de valider les coûts. Cela fait en sorte qu'il est difficile de conclure sur l'impact net sur les coûts totaux de l'intervention. Aussi, l'utilisation de remboursement effectué par les assurances (*Veterans Affairs, Medicare, Medicaid*), même si celui-ci est pertinent aux États-Unis, peut limiter la généralisabilité des résultats à un système de santé publique car les remboursements effectués par les assureurs américains ne sont pas représentatifs des coûts hospitaliers réels, pertinents au Canada où les hôpitaux fonctionnent sans un système de remboursement des soins mais sous un budget annuel. D'autre part, l'utilisation même des services peut être différente entre les États-Unis et le Canada. L'accès aux services préventifs et aux soins hospitaliers ainsi que la durée de séjour peut varier.

Des analyses de coûts plus rigoureuses doivent être effectuées afin de connaître l'impact net de l'intervention sur les coûts totaux. Une perspective sociétale devrait être adoptée, afin d'inclure le coût de refuges, de centres de jour et de soupes populaires, qui sont très fréquemment utilisés par les itinérants et peu financés par les gouvernements.

Les variations de coûts observés dans les études précédentes permettent néanmoins de former le cadre conceptuel de ce mémoire et d'émettre des hypothèses sur l'impact que l'intervention aura sur les services de santé, les services sociaux et de justice.

2.5 Cadre conceptuel et modèle théorique

Variable indépendante : L'intervention Housing First (support au logement + suivi communautaire)

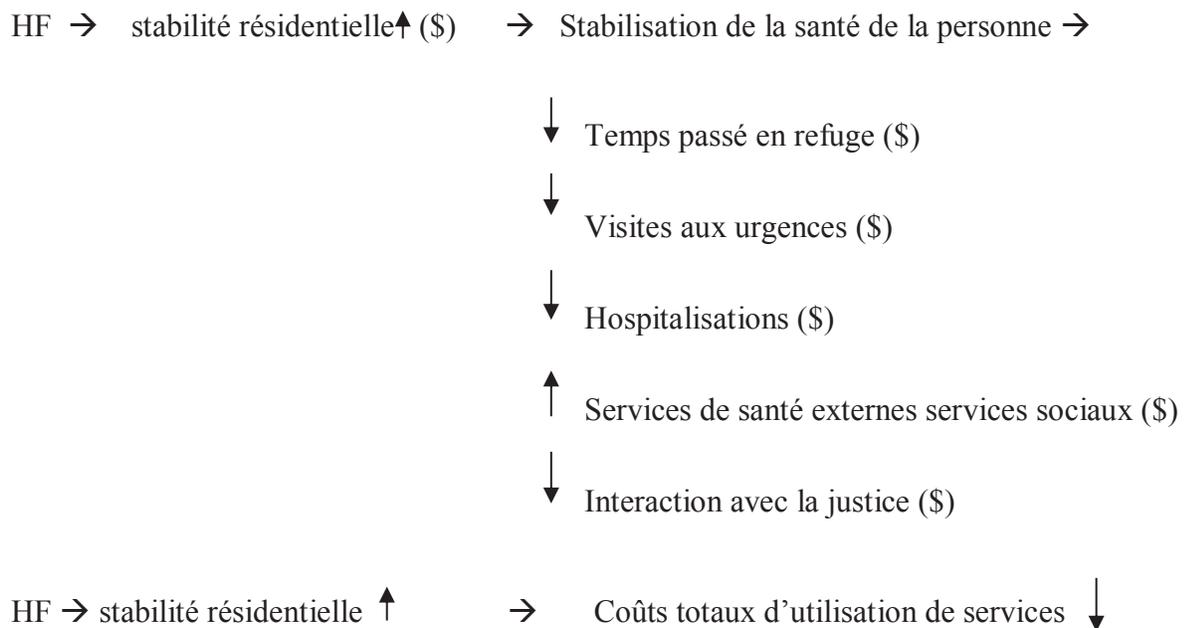
Variable intermédiaire 1: stabilité résidentielle

Variable intermédiaire 2: santé et qualité de vie

Variables dépendantes : Services de santé, services sociaux, services de sécurité publique, services de justices, services correctionnels.

Le modèle théorique utilisé est celui utilisé dans les analyses économiques recensées. Comme c'est le cas dans plusieurs modèles d'hébergements (Corrigan et al. 2008), l'intervention *Housing First* agit comme intrant et sortant (variable indépendante et dépendante). Dans le but d'évaluer l'impact net de l'intervention *Housing First*, les coûts de l'intervention (logement subventionné et suivi communautaire) seront inclus.

Figure 1 Modèle théorique de l'impact économique de l'intervention Housing First auprès de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale

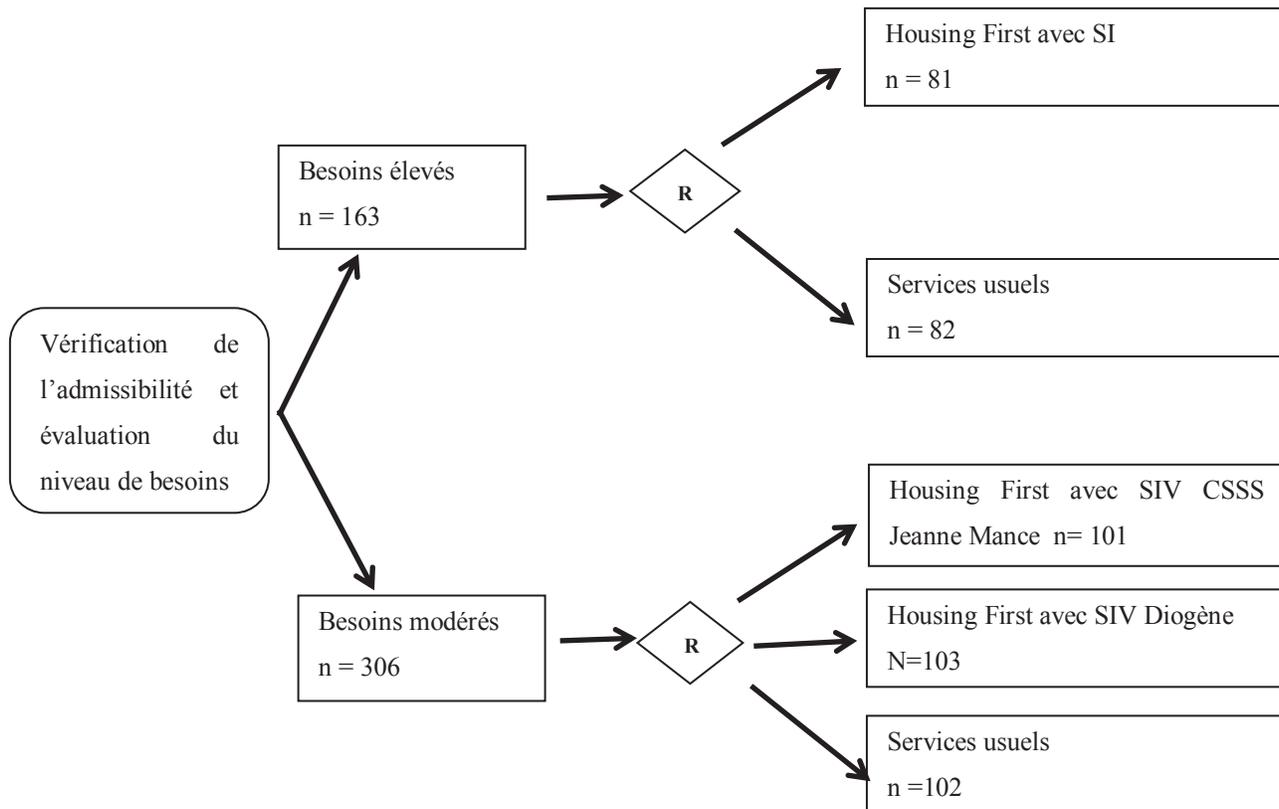


Chapitre 3 Méthodes

3.1 Plan expérimental

Le plan de recherche du projet At Home / Chez Soi est un essai pragmatique multi-site à répartition aléatoire. Ce mémoire utilise les données collectées dans le cadre du projet Chez Soi de Montréal. Le protocole général de l'étude a été publié (Goering et al., 2011). L'essai à répartition aléatoire est enregistré avec l'*International Standard Randomised Control Trial Number Register* et porte le numéro ISRCTN4250374. La figure 2 illustre le devis de recherche. Avant d'être répartis au hasard, les participants ont été stratifiés en fonction de leur niveau de besoins. Les participants ayant des besoins élevés ont été répartis au hasard au groupe recevant Housing First avec suivi intensif ou au groupe recevant les services usuels. Les participants ayant des besoins modérés ont été répartis au hasard au groupe recevant Housing First avec soutien d'intensité variable ou le groupe recevant les services usuels. Les participants ayant des besoins modérés recevant Housing First ont reçu le soutien clinique d'une équipe du CSSS Jeanne-Mance ou de l'organisme communautaire Diogène. Dans le cadre de ce mémoire, nous ne nous attarderons pas sur la distinction entre ces deux équipes. Le plan était de suivre chaque participant sur une période de 24 mois.

Figure 2 Devis de recherche du site de Montréal (n = 469)

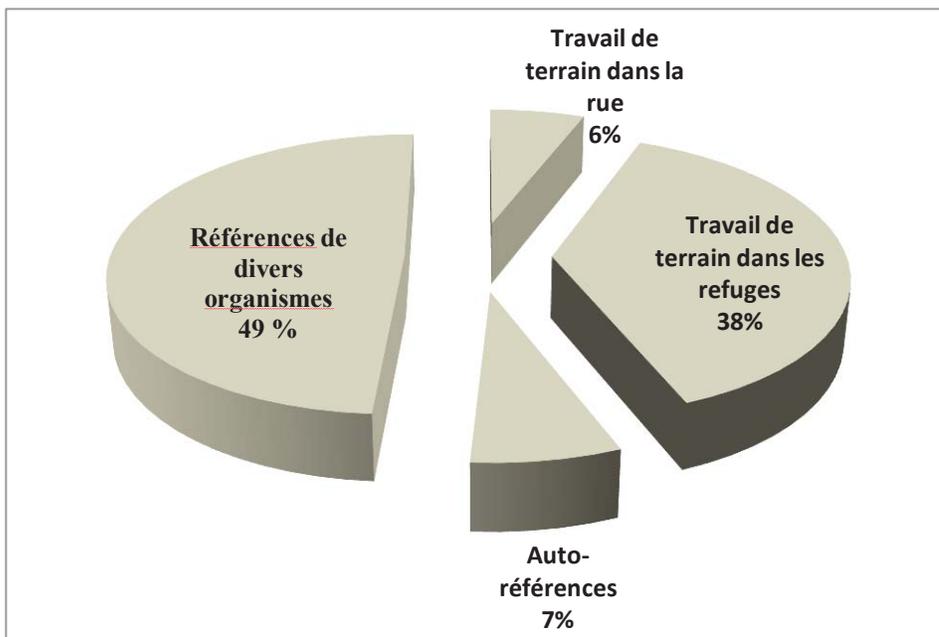


3.1.1 Recrutement

Au total, 2148 participants ont été recrutés par le projet At Home/Chez Soi, dont 469 à Montréal. Pour être admissibles, les participants devaient être en situation d’itinérance absolue ou en situation d’hébergement précaire ainsi que vivre avec des troubles de santé mentale. Les troubles de santé mentale ont été identifiés par le *Mini International Neuropsychiatric Interview*, vérifications des dossiers médicaux ainsi que la documentation de symptômes de troubles de santé mentale lors de l’entrevue le cas échéant. Les personnes en situation d’itinérance absolue ont été définies comme n’ayant pas d’endroit fixe où dormir pendant plus de sept jours et être peu susceptibles d’obtenir un logement durant le mois à venir (George & Goering, 2001) ou qui venant de terminer un séjour en institution, centre de détention ou hôpital, sans adresse fixe. Les personnes en situation d’hébergement précaire sont celles qui ont vécu au moins deux périodes d’itinérance absolue au cours de la dernière année et qui demeurent dans un logement pour personne seule, une maison de chambres ou un motel. Les personnes étant déjà suivies par une équipe de suivi communautaire (suivi intensif ou soutien d’intensité variable) ont été exclues de

l'étude, de même que les personnes en logement de transition pour qui la situation d'itinérance est temporaire. Les participants ont été recrutés dans la rue, les refuges, les centres de jour et les hôpitaux ou par autoréférence (Figure 3)

Figure 3 Lieux de recrutement des participants du site de Montréal



3.1.2 Définitions du niveau de besoins

La classification en fonction des besoins élevés et modérés est basée sur la classification du *Ontario Program Standards for ACT teams (1998)*.

Pour répondre aux critères du groupe ayant des besoins élevés, les participants en plus d'avoir un diagnostic de problème de santé mentale, devaient avoir 1) un score de 62 ou moins au test de *Multnomah Community Ability Scale (MCAS)*; 2) un diagnostic associé à des troubles psychotiques (ex : schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant, épisode psychotique bref) 3) des indices de difficultés fonctionnelles manifestée par un recours élevés aux services hospitaliers et/ou un problème de toxicomanie et/ou plusieurs démêlés avec la justice.

À défaut de répondre à ces critères, les participants étaient assignés au groupe ayant des besoins modérés.

3.2 Approche et perspective de l'évaluation économique

3.2.1 Analyses économiques

Trois types d'analyses ont été effectuées : 1) analyse coût-efficacité; 2) analyse coûts-conséquences; 3) analyse d'impact budgétaire.

1) Analyse coût-efficacité

L'analyse coût-efficacité est un standard pour l'évaluation économique en santé. Ce type d'analyse permet de mettre en relation le coût et l'efficacité de l'intervention. Le résultat obtenu est le coût additionnel d'une unité d'efficacité supplémentaire. Par exemple, une année de vie additionnelle ou une amélioration de la qualité de vie. Tel que suggéré par le nom de l'intervention, la stabilité résidentielle est l'objectif principal de Housing First. Il nous est donc apparu naturel de choisir le nombre de jour en logement stable comme mesure d'efficacité. L'analyse coût-efficacité nous informera sur le coût additionnel d'une journée supplémentaire en logement stable comparativement aux services usuels. Notons que la stabilité résidentielle n'est pas indépendante de l'utilisation des ressources et des coûts : Plus le nombre de journées stables en logement augmente pour le participant *ceteris paribus*, plus le coût de l'intervention Housing First va augmenter. Mais, sous une perspective telle que celle du système de santé et des services sociaux, ou la perspective sociétale, une plus grande stabilité résidentielle pourrait être associée à une réduction dans l'utilisation de d'autres ressources plus coûteuses, par exemple, les hospitalisations ou les nuits en refuge; ou inversement, à une augmentation dans les coûts d'autres ressources, par exemple, les équipes de suivi HF ou peut-être certains traitements spécialisés. À priori, il n'est pas évident quel sera le sens de la corrélation entre stabilité résidentielle et coûts.

L'analyse coût-utilité, qui correspond à une analyse coût-efficacité avec pour mesure d'efficacité le QALY³, est le type d'analyse le plus utilisé par les agences d'évaluation en santé publique (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012) car elle permet une comparaison directe avec différentes interventions en santé (ex : médicaments, chirurgie, etc.). Le rapport coût-efficacité différentiel d'une journée supplémentaire en logement stable se

³ Le QALY est l'acronyme anglais non-traduit de *quality adjusted life years*. Cela se traduit par années de vie pondérée par sa qualité.

comparant difficilement avec le QALY et d'autres mesures d'efficacité plus traditionnelles, il nous est apparu important de justifier le choix de notre mesure d'efficacité dans cette section.

Des données sur la qualité de vie des participants ont été collectées par le projet Chez Soi (EQ-5D et SF-6D) mais ces données n'ont pas été utilisées pour la réalisation d'une analyse coût-utilité jusqu'à présent. Malgré le fait que la qualité de vie globale semble être plus élevée dans les groupes recevant Housing First, les données n'ont révélé aucune amélioration significativement différente de la qualité de vie liée à la santé et ce, malgré les conséquences positives qui ont été observées à travers des analyses qualitatives (McAll dans (Latimer et al., 2014)). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de différence entre les groupes : Premièrement, un changement dans la façon de répondre chez les participants après qu'ils aient reçu Housing First (*response shift*, Mayo, 2008 #252) peut avoir eu lieu. Le fait de vivre en logement a peut être modifié les critères avec lesquels les participants HF ont évalué leur qualité de vie. Deuxièmement, les instruments mesurant la qualité de vie, souvent utilisés dans le cadre de problèmes de santé physique, ne sont peut-être pas assez sensibles pour mesurer les résultats d'interventions en santé mentale (Chisholm, Healey, & Knapp, 1997; Knapp & Mangalore, 2007) et en itinérance⁴. D'autres facteurs peuvent être mis en cause.

Finalement, il est important de souligner que Housing First n'est pas qu'une intervention en santé. C'est aussi une intervention de nature sociale. Il est sans doute inapproprié de réduire l'évaluation des bénéfices de l'intervention aux QALYs. Une mesure capturant des effets plus étendus serait plus adéquate. En absence de cette mesure, la stabilité résidentielle, objectif principal de Housing First, nous semble approprié.

⁴ Les résultats des mesures de qualité de vie liées à la santé semblent se comporter étrangement : La présence de troubles de santé mentale et de difficultés fonctionnelles plus importantes chez les participants ayant des besoins élevés semble indiquer que ces derniers ont une situation de vie plus difficile que les participants ayant des besoins modérés. Or, les participants ayant des besoins élevés ont rapporté une qualité de vie supérieure aux participants ayant des besoins modérés (Latimer & Rabouin, 2011). La présence de troubles psychotiques peut expliquer ces résultats. Ce constat semble indiquer que les mesures de qualité de vie liée à la santé sont peut-être inadéquates pour mesurer la qualité de vie chez les personnes ayant des troubles de santé mentale.

2) Analyse coûts-conséquences

L'analyse coûts-conséquences présente les coûts et les conséquences de l'intervention. L'analyse coût-efficacité agrège les variables de coûts ensemble et il en résulte une perte de détail importante pour la prise de décision. Cette analyse permettra d'étudier plus en profondeur quels services et quels coûts sont affectés par Housing First, informations très pertinentes pour le décideur dans l'allocation des ressources⁵. Un bilan des coûts et des conséquences est présenté dans ce mémoire. Dans le cas des études cliniques, plus souvent effectuées en économie de la santé, des conséquences cliniques sont étudiées. Dans le cas de cette étude psycho-sociale, l'utilisation de services et la stabilité résidentielle des participants sera analysée. Cette approche moins traditionnelle permet néanmoins de mettre en regard diverses conséquences (bénéfiques ou inconvénients) de Housing First avec ses coûts. L'augmentation ou la diminution de l'utilisation de certains services peut être considérée comme une conséquence positive ou négative de l'intervention. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation d'un organisme communautaire peut être considérée comme un signe de participation à la vie communautaire tandis qu'une augmentation de séjours en prison est considérée négativement. Cette analyse coûts-conséquences se limitera aux résultats obtenus dans ce projet de recherche.

3) Analyse d'impact budgétaire

Une analyse d'impact budgétaire a été réalisée afin d'informer les décideurs des budgets à prévoir pour Housing First à Montréal. Dans un système de santé publique où l'accès est universel et équitable, l'intervention doit en principe pouvoir être offerte à toutes les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale qui pourraient en bénéficier. L'analyse d'impact budgétaire présente les budgets nécessaires pour l'implantation de Housing First ainsi que l'impact budgétaire total de l'implantation d'un tel programme.

Afin d'effectuer une analyse d'impact budgétaire, il faut connaître le nombre de personnes qui pourraient bénéficier du programme. Malheureusement, le dernier dénombrement

⁵ Notons que les présentations effectuées auprès des gouvernements dans le cadre de l'étude nationale At Home / Chez Soi sont les résultats d'analyse coûts-conséquences. L'analyse présentée dans ce mémoire est une application des mêmes méthodes utilisées pour l'analyse nationale aux données du site de Montréal.

des personnes itinérantes à Montréal et au Québec remonte à 1996-1997⁶ (Fournier, 1998) et la dernière enquête remonte à 1998-1999 (Fournier, 2001). Ce rapport a été utilisé pour estimer le nombre actuel de personnes itinérantes présentant des troubles de santé mentale à Montréal : 572 personnes ayant des besoins élevés et 1410 ayant des besoins modérés. La méthode utilisée pour obtenir ces estimés est décrite dans l'annexe 4.

3.2.2 Perspective de l'évaluation économique

La perspective sociétale a été choisie pour réaliser l'évaluation économique des programmes étudiés. Les ressources sont limitées. La décision d'investir dans une intervention implique un coût d'opportunité. Les ressources pourraient financer une autre intervention, auprès de la population évaluée ou une autre. La perspective sociétale permet de prendre en compte tous les groupes de la société. Le coût de la ressource utilisée représente son coût d'opportunité.

Les coûts estimés sous la perspective sociétale sont ceux traditionnellement mesurés sous une perspective gouvernementale (coûts de santé, de services sociaux, de sécurité publique, de justice et de services correctionnels) mais également la part du coût des organismes communautaires qui est financée par des dons privés, ainsi que les revenus d'emplois des participants, qui représentent un gain pour la société. À Montréal, la part des dons privés peut représenter jusqu'à 50% du budget annuel des refuges. Ces coûts sont importants et n'auraient pas été inclus sous une perspective gouvernementale.

D'autres coûts considérables sous une perspective sociétale, qui n'ont pas été inclus dans ce mémoire, sont importants à mentionner : Le fardeau d'héberger un proche en situation d'itinérance, le fardeau social d'avoir des personnes qui dorment dans des endroits publics et les interventions des proches n'ont pas été comptabilisés. La mesure de ces coûts est subjective et nous avons préféré ne pas les inclure, même s'ils représentent des coûts non-négligeables pour la société.

Les paiements de transfert, tels que les paiements provenant de l'aide sociale ou les pensions d'invalidité, bien que traditionnellement non inclus sous la perspective sociétale ont été comptabilisés pour cette évaluation économique. Presque tous les participants du projet Chez Soi

⁶ Le Ministère de la santé et des services sociaux considère présentement réaliser un recensement des personnes itinérantes au Québec.

bénéficient de paiements de transfert; leurs revenus d'emploi sont habituellement minimales ou inexistantes. Nous avons cru bon de les ajouter aux coûts sociaux. Ces paiements de transfert peuvent être considérés comme une mesure approximative du coût de maintien des patients dans la communauté (Frisman & Rosenheck, 1996; Weisbrod et al., 1980). Ces paiements de transfert font partie des ressources que la société doit consentir pour améliorer la stabilité résidentielle et la qualité de vie des personnes itinérantes.

Les conséquences mesurées sont la stabilité résidentielle et le temps passé à l'hôpital, dans les refuges, dans la rue, les prisons et autres types de lieux. L'augmentation de la stabilité résidentielle et la diminution de l'utilisation de plusieurs services, par exemple les hospitalisations et les contacts avec la police, sont généralement considérées comme des bénéfices de l'intervention.

Les conséquences intangibles de l'intervention, tel que les impacts sur la santé, le bien-être, le réseau social, etc. n'ont pas été analysés dans cette évaluation économique.

3.3 Questionnaires et variables utilisés pour l'analyse économique

Les données ont été collectées sur une base rétrospective avec 3 questionnaires : Le calendrier résidentiel rétrospectif, le recours aux soins de santé et aux services sociaux et de justice et l'historique professionnel rétrospectif. Un grand nombre de réponses ont été codées, ce qui a facilité l'analyse des données. Les variables générant des coûts pour la société ont été retenues pour l'analyse de coûts. La collecte de données a débuté en octobre 2009 et s'est terminée le 31 mars 2013. L'objectif était de suivre chaque participant sur une période de 24 mois. La grande majorité des participants ont été suivis au moins sur une période de 21 mois.

3.3.1 Questionnaire : Calendrier résidentiel rétrospectif

Sam Tsemberis et ses collaborateurs ont développé le calendrier résidentiel rétrospectif (annexe 5) afin de mesurer la stabilité résidentielle des sans-abris (Sam Tsemberis, McHugo, Williams, Hanrahan, & Stefancic, 2007). Ce questionnaire a permis d'identifier, selon les souvenirs des participants, les endroits où les participants ont passé la nuit pour chaque nuit du calendrier. (tableau XI). Adapté au contexte montréalais, il a été administré à tous les trois mois.

Tableau XI Catégories des endroits où les participants ont passé la nuit

Lieux d'hébergement	Exemples
Lieux public	Portique, cage d'escalier, autobus ou métro, squat, véhicule, centre commercial
Maison de chambre	Centre Rosemont, Maison spécialisées en santé mentale
Centre d'hébergement*	Centre d'hébergement pour femmes, ou pour jeunes en difficulté
Chez un proche	Famille ou ami
Son propre appartement	Location
Appartement Chez Soi*	
Logement social*	
Centre de crise*	TRACOM, le Transit
Refuge*	Mission Old Brewery, Maison du Père, Mission Bon Accueil et autres
Ressources résidentielles - santé mentale*	Résidences intermédiaires, résidences de type familiale
Hospitalisation - médical*	Hôpital général
Hospitalisation - psychiatrie*	Hôpital psychiatrique, unité psychiatrique d'un hôpital général
Centre d'hébergement de soins longue durée*	
Centre de réadaptation en dépendance*	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal et autres centre de réadaptation public et privé
Services correctionnels*	fédéral et provincial

Note : Les catégories comportant une étoile (*) portent un coût pour la société. Une version plus détaillée est présentée à l'annexe 6.

Sous la perspective sociétale, un coût a été attribué pour les séjours entraînant un coût pour la société. Un coût par nuit a été attribué pour les séjours dans les organismes communautaires, les refuges, les centres de crise, les hôpitaux, les CHSLD, les programmes résidentiels de rétablissement (dépendance ou psychiatrie) et les centres correctionnels. Aucun coût n'a été attribué pour les lieux d'hébergement où le participant payait pour le coût total de son séjour à même ses revenus (exemple : location d'appartement, location d'une chambre en maison de chambre, etc.), puisque ses revenus sont déjà comptabilisés. Aucun coût n'a été attribué pour les séjours dans la rue, dans les endroits publics, chez un membre de la famille ou chez un ami bien qu'ils entraînent certainement un coût pour la société (voir section 3.2.2).

3.3.2 Questionnaire : Recours aux soins de santé, aux services sociaux et aux services de justice

Le questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services sociaux et de justice (annexe 7) a été créé spécifiquement pour le projet Chez Soi (Goering et al., 2011). Il a été administré aux six mois. Comparativement au calendrier résidentiel rétrospectif où un enregistrement a été effectué pour chaque nuit, les événements enregistrés par ce questionnaire sont moins fréquents et il n'est pas nécessaire d'enregistrer la date de l'évènement. La majorité des variables collectées sont des faits saillants dont les participants devraient se souvenir pour une période de 6 mois. Ces événements incluent, entre autre, les visites en clinique externe à l'hôpital et à l'urgence, les contacts avec la police et les comparutions. Les visites auprès de professionnels de la santé et des services sociaux dans la communauté, qui sont des événements moins saillants et plus difficile à comptabiliser sur une période de 6 mois, ont été enregistrés pour la période de 30 jours précédents l'entrevue. Afin d'obtenir une approximation pour la période de 6 mois, on multiplie le résultat par 6. Pour l'analyse de coûts, les variables générant des coûts pour la société ont été retenues (tableau XII).

Tableau XII Liste des variables collectées par le questionnaire sur le recours aux soins de santé, aux services sociaux et aux services de justice et utilisées pour l'évaluation économique

Utilisation des services de santé et des services sociaux

- Q1 : Visite par un intervenant à son bureau
- Q3 : Visite par un intervenant à domicile ou ailleurs
- Q4 : Visite à un établissement de santé (hôpital uniquement, après notre intervention)
- Q5 : Appel effectué à une ligne d'écoute, le 9-1-1 ou une ligne d'information sur la santé
- Q6 : Visite par une équipe de gestion de crise
- Q7 : Visite à l'urgence
- Q8 : Transport en ambulance
- Q9 : Visite à un centre de jour, un programme de repas ou un centre communautaire où le participant n'a pas passé la nuit.
- Q10 : Visite à une banque alimentaire

Utilisation de services de justice

- Q12 : Contact avec la police
- Q14 : Transport par la police
- Q15 : Détention au poste de police (< 24heures)
- Q16 : Arrestation
- Q17 : Comparution
- Q18 : Programme de justice

3.3.3 Questionnaire : Historique professionnel rétrospectif

Le questionnaire sur l'historique professionnel rétrospectif (Latimer et al., 2006) a été utilisé pour collecter des données sur le travail et les revenus des participants (annexe 8). Ce questionnaire collecte des données sur les emplois rémunérés, les paiements de transferts (ex : assurance chômage, rente d'invalidité, aide sociale, pension publique) ainsi que les revenus provenant d'activités telles que mendier, collecter du recyclage ou jouer d'un instrument de musique. Ce questionnaire a été administré aux 3 mois, 3 mois après l'entrée dans l'étude jusqu'à la fin de l'étude.

Pour l'analyse des coûts sous la perspective sociétale modifiée, tel que décrit dans la section 3.2, nous avons comptabilisé les revenus des participants provenant de paiements de transfert (aide sociale, assurance chômage, rente d'invalidité, etc.) comme un coût. Par ailleurs, les revenus provenant d'emplois compétitifs ont été comptabilisés comme revenus pour la société dans l'analyse de coûts. Les revenus provenant de source illégale (ex : mendier, prostitution, vol, etc.) n'ont pas été pris en compte pour l'analyse de coûts sous une perspective sociétale.

3.3.4 Collecte de données administratives sur les séjours hospitaliers et les médicaments

Des données sur les séjours hospitaliers⁷ et les médicaments ont été obtenus auprès de la Régie de l'Assurance maladie du Québec dans la base de données Med-Écho et la base de données de l'assurance médicaments. Les participants, tous résidents du Québec, étaient tous éligibles à l'assurance-maladie qui comprend les services hospitaliers et les services disponibles dans les CLSC. Les participants bénéficiant de l'aide sociale (88% des participants à l'entrée dans l'étude) et ceux qui n'avaient pas accès à une assurance privée, ont également eu accès à l'assurance médicament publique. Toutefois, si les intervenants se sont assurés que les participants répartis aux groupes Logement d'abord avaient tous une carte soleil (entreprenant les démarches nécessaires, jusqu'à l'obtention du certificat de naissance du participant, pour qu'ils puissent l'obtenir), certains participants des groupes témoin n'avaient probablement pas de carte soleil, et les services qu'ils ont pu recevoir ne paraîtront pas dans les bases de données du gouvernement.

La base de données Med-ECHO comprend les dates d'admission et de congé de l'ensemble des hospitalisations réalisées au Québec.

La base de données de l'assurance médicaments comprend l'ensemble des médicaments que ses bénéficiaires ont pu se procurer dans la communauté et qui ont été remboursés par l'assurance médicament, engendrant un coût pour le gouvernement⁸. Cette base de données ne comprend pas le coût des médicaments que les participants ont consommé à l'hôpital. Ceux-ci sont comptabilisés dans le coût de l'hospitalisation. La très grande majorité des participants

⁷ Les codes NIRRU (niveaux d'intensité relative des ressources utilisées), souvent utilisés pour calculer le coût des hospitalisations, n'était pas disponibles au moment de l'analyse et n'ont donc pas été utilisés.

⁸ L'assurance médicament rembourse les médicaments que ses bénéficiaires se sont procurés dans les pharmacies du Québec et certaines pharmacies en Ontario et au Nouveau Brunswick. Si des bénéficiaires de l'assurance médicament se procurent des médicaments dans une autre pharmacie, ceux-ci ne seront pas remboursés par l'assurance médicament et n'engendreront donc pas de coûts pour le gouvernement, à moins que le participant n'ait changé sa ville de résidence.

étant, pour la plupart, bénéficiaires de l'aide sociale ou dans des situations d'emploi précaire bénéficient de l'assurance médicaments⁹.

3.4 Ajustements des données collectées par le projet Chez Soi pour l'analyse économique

3.4.1 Possibilité de double-comptage lors des visites auprès d'intervenants en santé et en services sociaux.

Un des problèmes les plus consternants observé fut la possibilité de double-comptage des visites auprès d'intervenants en santé et en services sociaux. La même visite pouvait être rapportée à la question sur les visites au bureau d'un intervenant (question 1 du questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services) et la question sur les visites dans un établissement de santé (question 4 du questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services).

En juin 2011, nous avons rencontré l'équipe d'intervieweurs. Ensemble, nous avons décidé que les visites auprès d'intervenants travaillant dans les CLSC seraient rapportées à la question 1. Les visites en CLSC enregistrées dans la question 4 du questionnaire sur le recours aux soins de santé n'ont pas été comptabilisées dans l'analyse. De plus, suite à notre intervention, les intervieweurs ont cessé de comptabiliser ces visites à la question 4.

3.4.2 Double comptage des visites aux urgences

Les visites à l'urgence pouvaient être comptabilisées dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services, ainsi que dans le calendrier résidentiel rétrospectif. Le calendrier résidentiel rétrospectif, administré à tous les 3 mois, comptabilisait les nuits passées à l'urgence. Le questionnaire sur le recours aux soins de santé, administré à tous les 6 mois, comptabilisait en principe les visites pour lesquelles les participants n'avaient pas passé la nuit bien que cela ne soit pas explicitement indiqué. Dans les faits, les intervieweurs ont révélé qu'il

⁹ Les personnes qui ont accès à une assurance privée, soit directement de leur employeur ou indirectement de par leur lien de famille avec une personne qui a accès à une assurance privée, doivent s'en prévaloir. Ce sont en général les employeurs de plus grande taille qui sont en mesure d'offrir une telle assurance à leurs employés. Aucun (? Vérifier – Daniel P le saurait) participant du projet Chez Soi n'avait d'assurance-médicaments privée.

est arrivé que des visites à l'urgence durant lesquelles le participant avait passé la nuit aient été enregistrées dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé.

Nous avons décidé de comptabiliser les visites qui ont été rapportées exclusivement dans le questionnaire sur les recours aux soins de santé et aux services ainsi que celles qui ont été rapportées exclusivement dans le calendrier résidentiel rétrospectif. Si, pour une période donnée, un seul questionnaire rapportait une ou plusieurs visites, de toute évidence, il n'y avait pas double-comptage. Lorsque des visites étaient rapportées dans ces deux questionnaires, la différence entre le total des visites enregistrées dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé et le total des visites enregistrées dans le calendrier résidentiel rétrospectif a été calculée. Si cette différence était négative (plus de visites aux urgences enregistrées dans le calendrier résidentiel rétrospectif), le nombre de visites comptabilisées dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé est de zéro.

3.4.3 Comptabilisation des coûts des visites aux urgences

Tel que décrit dans la section 3.4.3, le coût unitaire des visites aux urgences est calculé par visite. Les données disponibles ne permettent pas de calculer un coût par jour, par heure, par patient sur civière ou par patient ambulatoire. Plusieurs participants ont rapporté avoir passé plus de deux jours consécutifs à l'urgence. Nous avons décidé d'appliquer le coût unitaire par visite pour chaque journée rapportée à l'urgence pour les raisons suivantes :

Premièrement, il est possible que les visites à l'urgence s'étalant sur plus d'une journée aient lieu dans des unités d'intervention brèves en psychiatrie, dont les services s'apparentent beaucoup aux urgences. Le coût estimé par jour à l'unité d'intervention brève est de 620,72 \$. Le coût par visite aux urgences est de 322,14 \$. Si la visite a effectivement eu lieu sur une unité d'intervention brève en psychiatrie, ce qui est très possible étant donné la population avec trouble de santé mentale étudiée, l'application du coût par visite aux urgences au nombre de jour est un estimé conservateur.

Deuxièmement, l'estimé de 322,94 \$ est principalement basé sur les visites à l'urgence dans les hôpitaux généraux au Québec. Près de la moitié des visites sont effectuées par des patients ambulatoires. Les visites de plus de 24 heures sont probablement pour des patients sur civière. Les visites auprès de patients sur civière durent considérablement plus de temps que les

visites auprès de patients ambulatoires¹⁰. Basé sur le nombre d'heures et l'intensité des ressources utilisées (les patients sur civière nécessitant probablement plus de soins), nous pouvons supposer qu'une durée de séjour plus importante sera associée à des coûts plus élevés. L'estimé de 322,94 \$ s'applique généralement à une durée de séjour en dessous de 24 heures. Ainsi, appliquer le coût moyen d'une visite à l'urgence au nombre de jours nous apparaît adéquat et peut-être même, conservateur.

Troisièmement, nous ne pouvons pas éliminer la possibilité que les journées consécutives à l'urgence soient en fait des visites séparées. Le participant aurait peut-être dû être hospitalisé lors de sa première visite ou il a pu avoir décidé de passer deux nuits consécutives à l'urgence afin de se garder au chaud l'hiver. Dans cette dernière situation, bien que le patient ne nécessite pas nécessairement de soins d'urgence, le personnel clinique et médical doit quand de même évaluer le patient, ce qui engendre des coûts à l'urgence. Dans cette situation, il est normal d'appliquer le coût d'une visite à l'urgence pour chacune de ces nuits rapportées à l'urgence.

Pour ces raisons, nous concluons qu'il est raisonnable d'appliquer le coût par visite aux urgences au nombre de nuits auto-rapportées à l'urgence.

3.4.4 Distinction importante dans l'assignation de coût pour les logements supervisés

Les logements supervisés sont gérés dans la plupart des cas par des propriétaires privés et une grande variété de résidences existe, avec différents niveaux de services offerts. Le logement supervisé peut comprendre la maison de chambres, la maison d'accueil et la résidence de groupe. Certains logements supervisés sont financés par le MSSS¹¹ à travers des ententes contractuelles avec des établissements de santé. Le MSSS les définit comme ressources résidentielles. La grande majorité des logements supervisés sont payés à même les revenus des locataires. Dans le

¹⁰ Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, la durée moyenne de séjour à l'urgence était approximativement de 4.77 heures pour les patients ambulatoires et de 22.63 heures pour les patients sur civière en 2012 (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2014).

¹¹ Le MSSS, dans le but de maintenir et d'intégrer dans la communauté les personnes qui ont besoin d'encadrement et afin de favoriser leur réinsertion sociale (RAMQ), finance des ressources résidentielles qui sont liées contractuellement avec des établissements de santé. Le coût payé pour le maintien dans la communauté par le MSSS génère également un coût pour la société

cas des personnes itinérantes avec troubles de santé mentale étudiées par le projet Chez Soi, les revenus proviennent de l'aide sociale. Rien dans l'octroi de services ne distingue les logements supervisés financés par le MSSS des logements financés par les locataires payant à même leurs revenus. Le mode de financement des logements supervisés est important pour l'évaluation économique. Tel que mentionné dans la section 3.2.2, aucun coût ne sera comptabilisé pour les logements payés à même les revenus des participants. Malheureusement, le calendrier résidentiel rétrospectif, dont l'objectif principal est de mesurer la stabilité résidentielle, ne comprend aucune question sur le mode de financement des logements supervisés. L'équipe d'intervieweurs a été rencontrée et nous avons décidé de catégoriser les logements supervisés financés par le MSSS dans la catégorie programme résidentiel de rétablissement psychiatrique. Afin de re-catégoriser les logements supervisés qui étaient financés par le MSSS, nous avons obtenu la liste des ressources résidentielles en psychiatrie. Les adresses des participants ont été croisées avec ces listes et les re-catégorisations nécessaires ont été effectuées. Les intervieweurs ont poursuivi la collecte de données en catégorisant les logements financés par le MSSS dans la catégorie des programmes résidentiels de rétablissement psychiatrique.

Parmi les logements supervisés n'étant pas considérés comme logement supervisé financé à travers une entente contractuelle avec un établissement de santé mais comme organismes communautaires, seuls les logements supervisés de Sidalys, desservant la population itinérante atteinte du SIDA, ont été identifiés. Ces séjours n'ont pas été re-catégorisés mais ils ont été isolés lors de l'analyse économique et un coût unitaire leur a été attribué.

3.4.5 Séjours en prison

Au Canada, il existe deux types de centre de détention. Le service correctionnel provincial héberge les personnes recevant une sentence de deux ans et moins. Le service correctionnel fédéral héberge les personnes recevant une sentence de plus de deux ans. Les coûts unitaires varient grandement entre les prisons provinciales (Homme 137,52 \$, Ministère de la sécurité publique) et les prisons fédérales (322,51 \$/jour, Statistique Canada). Nous avons rencontré l'équipe d'intervieweurs et ensemble, nous avons décidé d'inscrire le mot "fédéral" lorsqu'il s'agissait d'une prison fédérale lors de la collecte de données. Cette mesure a facilité l'identification des prisons fédérales et l'assignation de coûts. La programmation de l'analyse de

données comprend également la liste des prisons fédérales afin d'assigner le bon coût aux enregistrements précédents cette nouvelle directive.

3.4.6 Revenus des participants sous tutelle

Certains participants sont sous tutelle. Nous nous sommes interrogés quant à la perception des participants sur leur revenu. Si le tuteur retenait une partie importante du revenu du participant pour payer ses dépenses (ex : loyer), qu'est-ce que le participant considérait comme revenu ? Le montant total de leur revenu réel ou seulement l'argent de poche qui leur était alloué ? Les intervieweurs m'ont informé que dans le cas où le tuteur du participant retenait une partie du revenu du participant, certains participants déclaraient avoir des revenus variant de 0 \$ à 250 \$, ne considérant que leur argent de poche comme revenu. Suite à notre intervention, les données comprenant les revenus de l'aide sociale de 0 à 250 \$ ont été rectifiées afin que le montant total des revenus, dans la plupart des cas, l'aide sociale, soit enregistré.

3.4.7 Comparution en cour

Trois limites ont été observées à la question sur le nombre de comparutions en cour. Premièrement, le type de comparution (pénal, civil, etc.) ne pouvait être identifié que pour les trois premières comparutions. Deuxièmement, les participants ont eu beaucoup de difficulté à répondre à la question. Plusieurs ont répondu "autre", "ne sais pas" et "ne veut pas répondre". L'analyse des réponses avec Laurence Roy, étudiante postdoctorale travaillant sur les données associées aux contacts judiciaires du projet Chez Soi, a révélé que plusieurs participants répondaient mal à la question. Troisièmement, il est possible que les intervieweurs aient mal catégorisé le type de cour. Certains intervieweurs auraient aimé être mieux formés pour répondre à cette question. Les réponses des participants étant floue, il leur était difficile de catégoriser le type de cour.

L'analyse des réponses quant à la cause de la comparution a révélé que la grande majorité des comparutions étaient pour causes criminelles. Nous avons donc décidé de traiter l'ensemble des comparutions comme étant des comparutions en cour criminelle.

3.4.8 Programmes de justice

La question sur les programmes de justice est à réponse ouverte et peut comprendre un large éventail de réponses. Les réponses enregistrées comprennent les programmes de probation, le service d'aide aux victimes, l'aide judiciaire, le programme d'accompagnement justice et santé mentale, etc. Suite à l'analyse des données avec Laurence Roy, nous avons décidé de ne pas tenir compte de cette variable pour les raisons suivantes : Premièrement, les réponses des participants sont très influencées par leur perception de la question. La question est répondue de façon très inconsistante. Deuxièmement, l'intervieweur peut avoir influencé la réponse du participant, faisant en sorte que les réponses ne sont pas collectées de façon consistante. Par exemple, un intervieweur plus familiers avec les programmes de justice pourrait peut suggérer des programmes auxquels le participant n'aurait pas pensé répondre. Troisièmement, si, à l'intérieur du programme de justice, le participant a vu un intervenant en santé, service sociaux, ou justice, il est possible que le participant ait déjà enregistré cette visite dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services.

3.4.9 Ajustements pour tenir compte des données sous-rapportées

Afin de tenir compte des données sous-rapportées auprès des professionnels de la santé et des services sociaux, nous avons calculé un facteur d'ajustement en divisant le nombre de minutes rapportées par les équipes SIV du projet Chez Soi par le nombre de minutes rapportées par les participants du groupe ayant des besoins modérés recevant les services des équipes SIV pour la même période de calendrier.

Les données administratives de l'équipe de suivi intensif du projet Chez Soi n'étaient pas disponibles. Nous avons donc appliqué les facteurs d'ajustement des groupes ayant des besoins modérés aux groupes ayant des besoins élevés.

Pour les visites au bureau effectuées au bureau de l'équipe du CSSS Jeanne Mance, le facteur d'ajustement estimé est de 3,5. L'équipe SIV de Diogène n'effectuait pas de visites au bureau. Pour les visites effectuées dans la communauté, nous avons utilisé la moyenne des deux équipes SIV. Ces deux équipes effectuant le même type de visite auprès du même type de participants, la moyenne des deux équipes est un meilleur estimé du facteur d'ajustement. Le

facteur estimé pour les groupes desservis par l'équipe SIV Jeanne-Mance et l'équipe SIV Diogène était 1,66 et 1,46 respectivement.

Ces facteurs d'ajustements ont été appliqués aux questions portant sur les visites auprès de professionnels de santé et de services sociaux (questions 1 et 3 du questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services). Cela nous semble approprié car la majorité des visites rapportées à ces questions sont effectuées principalement par des professionnels de la santé et des services sociaux similaires aux professionnels faisant partie d'équipes de suivi communautaire: infirmiers, travailleurs sociaux, intervenants en santé mentale, psychoéducateurs et autres. Malheureusement, notre recherche à travers la littérature n'a repéré aucune autre étude permettant de valider ces facteurs d'ajustements.

Pour des analyses subséquentes, il est important de mentionner que ce facteur d'ajustement a été conçu pour s'appliquer à un groupe de participants et non à un niveau individuel. Basé sur le nombre de minutes total pour un groupe de participants, il est conçu pour ajuster le nombre de minutes rapportées afin de tenir compte des contacts qui n'ont pas été rapportés mais qui ont eu lieu. Cet ajustement rend un peu plus équitable la comparaison entre les groupes expérimentaux, car nous tenons compte du plein coût de l'intervention (ce que nous pouvons faire car nous en connaissons le coût total). Sans l'ajustement, la comparaison des coûts entre les groupes serait biaisée en faveur des services habituels.

3.4.10 Centres d'hébergement : Distinction entre hommes et femmes

La catégorie « Sa propre chambre en occupation simple (avec services de support) » comprend les centres d'hébergement. Une analyse des lieux rapportés par les participants révèle que les services offerts sont très différents entre les centres d'hébergement pour femmes et les centres d'hébergement pour hommes.

Les centres d'hébergement rapportés pour les femmes accueillent les femmes en difficulté (itinérance, problème de santé mentale, toxicomanie, immigration) dont les femmes victimes de violence conjugale.

Les centres d'hébergement rapportés pour les hommes comprennent les Auberges du cœur, qui hébergent les jeunes en difficulté ou sans abri et les programmes de transition (ex : armée du salut).

L'analyse des coûts et des services offerts dans ces centres d'hébergement révèle que les centres d'hébergement pour femmes offrent une plus grande intensité de services. Par conséquent, les coûts unitaires qui y sont associés sont plus élevés. Afin de tenir compte de cette distinction, un coût unitaire différent a été attribué selon le sexe du participant.

3.5 Estimation des coûts unitaires

La réalisation de cette évaluation économique sous une perspective sociétale (section 3.2.2) a nécessité l'estimation de coûts unitaires ne se limitant pas au domaine de la santé. Des coûts de services sociaux, de sécurité publique, de justice et de services correctionnels ont été estimés. Aucune intervention portant sur Housing First n'a inclus autant de variables de coûts. À notre connaissance, le projet At Home/Chez Soi comprend le plus grand nombre de variables de coûts utilisés dans l'évaluation économique d'une intervention psycho-sociale. Ces coûts et les méthodes de calculs qui ont été développées pourront être utilisés dans la réalisation d'autres évaluations économiques en santé¹².

3.5.1 Types de coûts inclus dans l'évaluation économique

Les coûts d'utilisation de services ont été calculés en multipliant la fréquence d'utilisation de services compilée dans les questionnaires par un coût unitaire. Les coûts unitaires doivent représenter le coût d'opportunité d'une unité de service, c'est-à-dire la valeur des ressources auxquelles on renonce pour offrir le service dans leur meilleure utilisation alternative. Cette valeur est exprimée en termes monétaires. Afin de bien représenter le coût d'opportunité, le coût total des services, incluant les coûts directs et indirects ont été estimés pour tous les coûts unitaires utilisés dans cette étude.

Les coûts unitaires incluent tous les coûts qui peuvent être directement liés à l'octroi d'une unité de service (coûts directs), tels que le salaire des intervenants et le matériel utilisé. Les coûts indirects incluent tous les coûts qui ne peuvent pas être directement liés à l'octroi d'une unité de service, tels que le coût des unités administratives de l'organisation (ex : ressources humaines, service des finances, etc.), l'électricité, l'entretien, le loyer ou les coûts en capitaux de

¹² Un document portant sur les coûts unitaires utilisés par le projet At Home/Chez Soi est présentement en cours de préparation.

l'immeuble. Plusieurs évaluations économiques décident d'ignorer les coûts en capitaux. Ces coûts peuvent être particulièrement difficiles à estimer, notamment pour les immeubles publics. Étant donné que Housing First est basé sur le logement et que les coûts en capitaux sont compris dans le loyer, il était important d'inclure les coûts en capitaux dans notre évaluation économique afin de représenter les véritables coûts d'opportunité.

Le coût moyen par unité de service a été utilisé, selon la pratique habituelle, pour mesurer le coût unitaire car l'objectif de cette étude est d'estimer l'impact de Housing First sur les coûts moyens d'utilisation de services à long terme. L'utilisation du coût moyen se justifie par le fait que celui-ci est égal au coût marginal à long terme.

Les coûts unitaires ont été ajustés pour l'inflation pour refléter l'année 2011 selon l'indice des prix à la consommation (Statistique Canada). Entre 2010 et 2011, l'inflation était de 2,9%. Bien qu'il soit généralement reconnu que les dépenses en santé augmentent avec le temps, l'indice des prix à la consommation nous semblait le plus fiable, quoique conservateur. L'indice des prix à la consommation spécifique aux soins de santé était limité aux médicaments, quelques produits pharmaceutiques et des soins pour les yeux, ce qui est peu représentatif du panier de service utilisé par les personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale. Les études portant sur les dépenses des services de santé et les services sociaux n'étaient pas conçues pour estimer des indices de prix. Les dépenses du système de santé étaient étudiés, avec un panier de service changeant à travers le temps (ex : augmentation des dépenses dû aux nouvelles technologies, vieillissement de la population).

Les coûts n'ont pas été actualisés dans le temps étant donné que la période de suivi pour chaque participant est relativement courte (deux ans).

3.5.2 Méthodes de calculs des coûts unitaires

Deux approches ont été utilisées pour calculer les coûts unitaires. L'approche *top-down* et l'approche *bottom-up*. Les coûts indirects et les coûts immobiliers, ont été pris en compte pour tous les coûts unitaires estimés dans cette étude. Le calcul des coûts immobiliers a représenté un défi particulièrement important.

Lorsque le coût unitaire avait déjà été calculé par l'organisme gouvernemental, nous avons vérifié, dans la mesure du possible, la méthode de calcul et des coûts indirects et des coûts liés à l'immeuble.

3.5.2.1 Approche top-down

La méthode la plus simple pour calculer les coûts unitaires, applicable lorsque l'organisation ne produit qu'un seul type de service, est de diviser les dépenses totales par le nombre d'unités de service (approche *top-down*). L'unité de service peut s'exprimer en termes de nombre de nuitées, nombre de visites, nombre de contacts, etc. Les données nécessaires pour le calcul des coûts unitaires sont habituellement disponibles dans les rapports annuels, les états financiers et les rapports d'activités des organismes. Lorsque l'organisme ne produisait qu'un seul type de service, les dépenses totales, incluant les coûts indirects, ont tout simplement été divisées par le nombre d'unités.

Lorsque les organisations produisent plus d'un service et ont plusieurs centres d'activités, il faut calculer le coût unitaire en tenant compte des coûts directs et indirects. Le coût unitaire direct est calculé tout simplement en divisant le coût total du centre d'activité étudié par le nombre d'unités. Au coût direct, il est nécessaire d'attribuer une part de coût indirect. Les coûts indirects ont été affectés suivant une méthode de répartition directe ou une méthode de répartition séquentielle, toujours en suivant une approche *top-down*. Selon la **méthode de répartition directe**, les coûts indirects sont répartis au prorata des services fournis par les centres d'activités directs. Cette répartition peut être basée sur le nombre d'heures travaillées, le nombre de patients, ou toute autre unité de mesure appropriée. Cette méthode ne tient pas compte des prestations de services réciproques entre les centres d'activités. Cela est pris en compte avec la **méthode de répartition séquentielle**. Selon cette méthode, les coûts sont répartis en séquences aux centres d'activités, basé sur le nombre de centre d'activités desservis par les différents centres d'activités. À titre d'exemple, pour calculer les coûts unitaires des hôpitaux psychiatriques, les frais généraux, tel que les coûts d'administration et les coûts d'utilisation de l'immeuble (ex : entretien, coûts opérationnels, loyer, etc.) ont été alloués aux centres d'activités de l'hôpital puis les coûts des centres d'activités secondaires ont finalement été réalloués aux centres d'activités principaux. La méthode de répartition séquentielle est

utilisée dans le cas d'organisations complexes avec une multitude d'activités, tel que les hôpitaux.

3.5.2.2 Approche *bottom-up*

Dans certains cas, l'information disponible ne permet pas de calculer les coûts unitaires avec une approche *top-down*, telle que ce qui vient d'être décrit. Cela arrive notamment lorsque l'information financière ou statistique disponible est insuffisante. Dans ces cas-là, une approche *bottom-up* a été utilisée en additionnant les taux horaires aux coûts de matériel et aux coûts indirects encourus lors d'une visite. Le coût des visites aux professionnels (section 3.5.3.10) a été calculé ainsi.

3.5.2.3 Calcul des coûts immobiliers

L'inclusion des coûts immobiliers a été un défi supplémentaire car les organismes gouvernementaux et les organismes communautaires ont tendance à ne rapporter que les coûts opérationnels. Ainsi, peu d'organismes ont rapporté les coûts en capitaux de l'utilisation de l'immeuble. Dans la plupart des cas, seules les dépenses opérationnelles ont été comptabilisées dans les états financiers. Rosenheck a estimé que le coût en capital des hôpitaux représente 4% du coût opérationnel des cliniques externes et 6% du coût opérationnel des hospitalisations (Rosenheck & Frisman, 1994). Ces pourcentages ont été ajoutés aux coûts unitaires des établissements de santé. Malheureusement, aucun estimé plus récent n'était disponible au moment de cette étude pour les établissements de santé et aucun estimé n'a été identifié pour les autres établissements gouvernementaux. Les pourcentages estimés par Rosenheck ont donc été appliqués aux coûts opérationnels des autres établissements financés par le gouvernement. Dans le cas des visites sans hébergement, le taux de 4% a été utilisé; dans le cas des visites avec hébergement, le taux de 6% a été utilisé.

En ce qui concerne les organismes communautaires, dans plusieurs cas, la valeur au livre des coûts en capitaux, présente dans les états financiers ne représente pas le coût d'opportunité réel. L'immeuble peut avoir été vendu à prix modique, ou tout simplement été acquis il y a plusieurs années lorsque l'immobilier coûtait beaucoup moins cher qu'aujourd'hui. La valeur au livre ne représente pas le vrai coût d'opportunité : la valeur sur le marché de l'immeuble. Afin d'estimer le coût d'opportunité réel de l'immeuble, le loyer qu'aurait à payer l'organisme pour

l'immeuble a été estimé. La valeur du loyer sur le marché locatif commercial privé représente le coût d'opportunité de l'immeuble. L'application du taux de capitalisation à la valeur foncière de l'immeuble estime le loyer que l'organisme communautaire aurait à payer. Cette méthode de calcul n'a pas pu être utilisée pour les immeubles gouvernementaux et municipaux car la valeur foncière n'est pas disponible. Tel que mentionné précédemment, les taux estimés par Rosenheck ont donc été utilisés pour ces immeubles (Rosenheck & Frisman, 1994).

3.5.3 Établissements de santé

Les données utilisées pour le calcul des coûts unitaires des établissements de santé proviennent des rapports annuels 2009-2010.

Le coût des établissements de santé a été ajusté pour tenir compte du fait que les participants étaient itinérants et utilisaient un niveau d'intensité de ressources différent de ceux de la population hospitalière moyenne. Les facteurs d'ajustement ont été calculés en utilisant les résultats d'une étude provenant de l'Ontario sur le coût des hospitalisations et la durée de séjour des personnes itinérantes comparées à la population générale de l'hôpital (Hwang et al., 2011). Le coût par jour d'une hospitalisation de type physique coûtait 17% moins cher qu'une hospitalisation moyenne de type physique et le coût par jour d'une hospitalisation de type psychiatrique coûte 9.6% plus cher.

Tel que déjà mentionné, les coûts en capitaux ont été ajoutés. Le taux de 4% a été utilisé pour les visites en cliniques externes et le taux de 6% a été utilisé pour les hospitalisations (Rosenheck & Frisman, 1994).

Au coût journalier moyen, le coût d'un service médical moyen (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2010b) a été ajouté lorsque le service utilisé comprenait un service effectué par un médecin.

3.5.3.1 Coût journalier d'une hospitalisation physique dans un hôpital général

Le coût moyen d'une journée à l'hôpital au Québec pour un problème de santé physique a été obtenu en divisant le coût total des hospitalisations au Québec en 2009-2010 par le nombre total de journées d'hospitalisation au Québec en 2009-2010 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010d).

Coût par jour d'hospitalisation = 4 219 204 034 \$ / 4 447 230 jours = 948,73 \$/ jour

Le coût total des hospitalisations provient du document « Répartition par centre d'activité des coûts 2009-2010 en santé physique chez la clientèle admise pour les 80 établissements retenus au contour financier » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010e). Ce document rapporte le calcul des coûts directs et indirects liés aux hospitalisations. La répartition des coûts directs et indirects des centres d'activités au programme de santé physique est détaillée dans le document « Matrice méthodologique 2009-2010 » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010c). Cette répartition est basée sur les dépenses effectuées par programme, les dépenses déclarées pour chaque centre d'activité, le prorata du nombre d'utilisateurs et d'autres clés de répartition. L'allocation des coûts indirects a été réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux selon une méthode de répartition séquentielle. Un document détaillant plus en profondeur l'allocation des coûts indirects aux services sera disponible en 2014.

Le coût moyen de l'examen complet de malades hospitalisés dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2010b) a été ajouté au coût journalier d'une hospitalisation.

3.5.3.2 Coût journalier d'une hospitalisation en psychiatrie

Le coût unitaire direct d'une hospitalisation psychiatrique dans un hôpital général est basé sur les rapports annuels du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre hospitalier de l'Université McGill et de l'hôpital Sacré-Cœur (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal). Les données administratives des séjours hospitaliers de la Régie de l'assurance maladie ne permettaient pas de distinguer les hospitalisations en psychiatrie qui ont eu lieu dans un hôpital psychiatrique de celles qui ont eu lieu dans un hôpital général. En utilisant les données administratives, il a fallu se limiter à un coût unitaire. Une analyse préliminaire des données administratives provenant du Centre hospitalier de Montréal, du Centre hospitalier de l'Université McGill, de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a révélé que la grande majorité des hospitalisations en psychiatrie des participants du projet Chez soi avait eu lieu dans un hôpital général. L'application d'un coût unitaire basé sur le coût d'une hospitalisation en psychiatrie dans des hôpitaux généraux est donc adéquate.

L'allocation des coûts indirects est basée sur le ratio du coût total sur le coût direct estimé pour l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale

de Montréal pour une hospitalisation en psychiatrie adulte, soit 1,81. La part des coûts indirects dans ces instituts a été estimée en utilisant un mode de répartition séquentiel. Aucun document valide n'existe présentement au MSSS pour l'allocation des coûts indirects pour les programmes de santé mentale. Avec la collaboration des chefs de programmes et des directeurs de départements de l'Institut Douglas, nous avons pu estimer l'allocation des coûts indirects dans un hôpital psychiatrique. Les frais d'administration ont été alloués sur la base des heures travaillées. Afin d'allouer le coût des activités secondaires tel que les laboratoires et les activités thérapeutiques, des rapports statistiques ont été analysés et des entrevues ont été réalisées auprès des chefs de programme et des directeurs de département dans le but d'estimer le pourcentage d'allocation des ressources utilisés pour les centres d'activités principaux (annexe 8)¹³. Ces pourcentages d'allocation ont été appliqués aux coûts de l'Institut Douglas et de l'Institut Louis H. Lafontaine. Le coût total de ces deux instituts a ensuite été divisé par le coût direct des hospitalisations en psychiatrie adulte pour obtenir le ratio de 1,81. Un travail plus précis aurait été d'estimer l'allocation des coûts indirects en se basant sur les activités d'un hôpital général. Les activités des hôpitaux généraux étant beaucoup plus variées, cela aurait nécessité un travail beaucoup plus complexe demandant une très grande collaboration de l'hôpital général étudié. La présence de l'étudiante à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a facilité ce travail.

Un sondage auprès de trois chefs cliniques de l'Institut Douglas a révélé que les médecins visitaient les patients deux fois par semaine pour les séjours de courte durée (44 jours et moins). Ainsi, 2/7 du coût d'un examen de malade hospitalisé, soit 2/7 de 40,50 \$ (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2010b) a été inclus pour les séjours de courte durée. Nous avons assumé que la fréquence des visites des psychiatres dans les hôpitaux généraux était semblable à celle observée à l'Institut Douglas.

Pour les séjours de longue durée (45 jours et plus), aucun ajustement des coûts n'a été fait car dans la pratique, les patients à très faibles revenus continuent à préserver leur statut de patient hospitalisé en courte durée. Après 45 jours, l'hôpital a le droit de facturer les frais d'hébergement au patient. Pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale, ce montant correspond à 75% du

¹³ La Direction de l'allocation des ressources (MSSS) a élaboré un document détaillant l'allocation des activités secondaires afin de tenir compte des coûts indirects en 2001. Par contre, selon la Direction, ce document est désuet et les pourcentages d'allocation des ressources n'avaient pas été établis de manière rigoureuse.

paiement reçu de l'aide sociale. La facturation des frais d'hébergements à ces patients pourrait avoir de graves conséquences, dont la perte de leur logement, ce qui serait très nuisible à leur rétablissement. Ainsi, en pratique, les médecins préfèrent ne pas changer le statut des patients à très faible revenu (Lam, 2013)

3.5.3.3 Coût d'une journée en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

Le coût d'une visite en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est basé sur les rapports annuels 2009-2010 de 22 CHSLD publics de la ville de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal). L'hébergement étant l'activité principale des CHSLD, utilisant la méthode directe, les dépenses totales ont été divisées par le nombre de jours-présence.

3.5.3.4 Visites à l'urgence

Le coût d'une visite à l'urgence provient du MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010b). Le détail des coûts directs des visites à l'urgence est disponible dans le document « Coût direct du contour financier 2009-2010 » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010a). Les coûts des services hospitaliers y sont répartis selon les différents types de patients (ex : admis, inscrits, chirurgie d'un jour, urgence, etc. L'allocation des coûts indirects a été réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux selon une méthode de répartition séquentielle. Tel que mentionné précédemment, le détail de l'allocation des coûts indirects sera disponible en 2014. Le coût d'un examen complet à l'urgence (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2010a) a été ajouté au coût d'une visite à l'urgence.

3.5.3.5 Visites effectuées au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

Les coûts indirects des activités d'administration, de support et d'entretien ont été alloués au centre d'activité 6670- Réadaptation personnes toxicomanes (admis), le centre 6680- Services externes en toxicomanie et au centre d'activité 6690 – Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie sur la base des heures travaillées (Ministère de la santé et des services sociaux)

3.5.3.6 Visites effectuées à l'hôpital en clinique externe

La liste des cliniques externes faisant partie de la liste de codes utilisés par le projet Chez Soi est basée sur les différents départements du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, les cliniques externes de l'Institut Douglas, de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal).

Le coût unitaire des visites en clinique externe pour des problèmes de santé physique est basé sur les rapports annuels 2009-2010 du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de l'Université McGill, de l'hôpital Sacré-Cœur et de l'hôpital juif. Le coût unitaire des visites en clinique externes pour des problèmes de santé mentale, les rapports annuels 2009-2010 de l'Institut Douglas et de l'Institut Louis H. Lafontaine ont été utilisés. Pour les visites en cliniques externes dans un centre de réadaptation, le rapport annuel 2009-2010 du Centre de réadaptation de Montréal a été utilisé.

Les coûts indirects des activités d'administration, de support et d'entretien ont été alloués dans les centres d'activités sur la base des heures travaillées selon la méthode d'allocation directe sauf dans le cas des cliniques en santé mentale, pour lesquelles le mode répartition séquentiel a été utilisé.

Lorsqu'approprié, le coût moyen d'une consultation externe avec un médecin a été ajouté au coût de l'établissement. Le coût moyen de la consultation varie d'une spécialité à l'autre (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2010b).

3.5.3.7 Coût d'une journée dans un programme de réadaptation psychiatrique

Les ressources résidentielles intermédiaires (ressources de type familial ou ressources intermédiaires (ex : organismes) sont gérées par des propriétaires privés qui ont des ententes contractuelles avec l'Institut Douglas et l'Institut Louis H. Lafontaine (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal). Le coût unitaire est basé sur les rapports annuels de ces deux hôpitaux. Les dépenses encourues sont comptabilisées dans les centres d'activités 5510- Ressources intermédiaires, 5530- Ressources de type familiale – familles d'accueil et 5540 – Autres ressources non-institutionnelles d'hébergement. Les coûts indirects ont été alloués en utilisant une méthode de répartition séquentielle. La contribution des patients hébergés a été

soustraite du coût unitaire puisque les revenus de paiement de transfert sont comptabilisés dans le questionnaire sur l'historique professionnel rétrospectif. La grande majorité des patients hébergeant dans les programmes de réadaptation psychiatrique de l'Institut Douglas sont bénéficiaires du programme de solidarité sociale. En 2009, ces patients contribuaient mensuellement 682 \$ de leur revenu d'allocation de solidarité sociale (MSSS, 2010). Dans le calcul des coûts unitaires, ce montant a été soustrait du coût unitaire.

3.5.3.8 Appels effectués à Info-Santé

Le centre d'appel d'Info-Santé de Montréal est localisé au sein du CSSS de la Montagne. Le rapport annuel 2009-2010 du CSSS de la Montagne (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal) a été utilisé pour estimer le coût par appel traité. Les centres d'activités d'Info-Santé sont situés dans les centres d'activités d'activité 6090 – Info-Santé et 7154 – Gestion et soutien de la centrale Info-Santé. Les coûts indirects¹⁴ ont été alloués sur la base des heures travaillées selon la méthode d'allocation directe. L'intervention auprès du patient étant limitée aux appels téléphoniques, le centre d'appel n'utilise pas les services des autres centres d'activités. Dans ce cas-ci, il n'est pas justifié d'allouer des coûts pour les centres d'activités secondaires des CLSC. Le coût total de la centrale Info-Santé à Montréal a par la suite été divisé par le nombre total d'appels traités : $14\,518\,105\ \$ / 441\,131\ \text{appels} = 32,91\ \$$.

3.5.3.9 Coût d'un transport ambulancier

Le rapport annuel d'Urgences Santé (Urgences-santé, 2010) a été utilisé pour estimer le coût d'un transport en ambulance. Les transports ambulanciers représentent 83% des interventions pré-hospitalières effectuées par Urgences Santé, et constituent l'activité principale d'Urgences santé. Les dépenses totales ont été divisées par le nombre d'intervention pré-hospitalières car les interventions pré-hospitalières nécessitent un déplacement et dans plusieurs cas, une intervention. Le coût unitaire d'une intervention se terminant avec un transport doit être comparable au coût unitaire d'une intervention ne se terminant pas avec un transport ambulancier.

Le coût unitaire estimé avant comptabilisation des coûts en capitaux et ajustement pour inflation de 380 \$, est très proche du coût unitaire de 385\$ estimé par Urgences Santé en 2012.

¹⁴ Centres d'activités 7301, 7302, 7303, 7340, 7532, 7534, 7535, 7650, 7703, 7710 et 7807.

3.5.3.10 Coût par visite auprès d'un médecin et autres types de professionnels de la santé

Dans le cas des visites auprès d'un médecin dans un CLSC, le coût d'une visite en clinique externe dans un CLSC (58,52 \$) a été ajouté au coût moyen du remboursement de l'acte du médecin. Le coût moyen de l'acte des médecins provient du rapport *Physicians in Canada: Fee-for-Service Utilization 2005-2006 report* (CIHI, 2008), annualisé pour l'année.

Dans le cas des visites effectuées auprès des dentistes et des optométristes, seul le coût de l'acte remboursé a été comptabilisé car ces professionnels travaillent habituellement dans des cliniques privées et le remboursement prévu couvre ces dépenses.

3.5.3.11 Coûts unitaires de services offerts dans les établissements de santé (hôpitaux et centre local de services communautaires)

L'estimation des coûts unitaires pour les hospitalisations peut se résumer ainsi :

Coût par jour d'hospitalisation = ((Coût moyen * facteur d'ajustement pour itinérance * 6% de coût en capital) + Coût de l'acte médical) * (1 + taux d'inflation)

Coût par visite en clinique externe = ((Coût moyen * 4% de coût en capital) + Coût de l'acte médical) * (1 + taux d'inflation)

Tableau XIII Calcul des coûts unitaires des établissements de santé

Section du mémoire	Type de coût	Coût direct - établissement	Coût indirect - établissement	Coût total - établissement	Ajustement pour facteur itinérance	Coût en capital	Coût de l'acte médical	Coût total (2010)	Coût total (2011)
3.5.3.1	Hôpital général: hospitalisation physique	n.d.	n.d.	948,73 \$	789,34 \$	47,36 \$	44,10 \$	880,80 \$	906,34 \$
3.5.3.2	Hospitalisation psychiatrie	243,26 \$	199,22 \$	442,48 \$	484,96 \$	29,10 \$	2/7 de 40,50\$	525,63 \$	540,87 \$
3.5.3.3	Centre d'hébergement de longue durée	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	199,09
3.5.3.4	Hôpital général: Urgence	n.d.	n.d.	270,54 \$	n.a.	10,82 \$	32,48 \$	313,84 \$	322,94 \$
3.5.3.5.	Admission - Centre de réadaptation	210,34 \$	127,71 \$	338,05 \$	n.a.	20,28 \$	n.a.	358,33 \$	368,72 \$
3.5.3.5	Urgence toxico - Centre de réadaptation	337,57 \$	138,23 \$	475,80 \$	n.a.	19,03 \$	n.a.	494,83 \$	509,18 \$
3.5.3.5	Clinique externe - Centre de réadaptation	46,38 \$	21,43 \$	67,81 \$	n.a.	02,71 \$	n.a.	70,52 \$	72,57 \$
3.5.3.6	Hôpital: clinique externe	33,13 \$	20,61 \$	53,74 \$	n.a.	02,15 \$	Ce coût varie selon le service reçu. Information collectée dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé	55,89 \$	57,51 \$
3.5.3.7	Programme résidentiel de réadaptation psychiatrique	52,06 \$	11,25 \$	63,31 \$	n.a.	03,80 \$	n.a.	67,11 \$	69,05 \$
3.5.3.8	Info-Santé - appel	21,20 \$	11,70 \$	32,90 \$	n.a.	01,32 \$	n.a.	34,22 \$	35,21 \$
3.5.3.9	Transport ambulancier	287,65 \$	93,15 \$	380,80 \$	n.a.	15,23 \$	n.a.	396,03 \$	407,52 \$

Tableau XIV Paiement à l'acte pour les médecins généralistes et les professionnels de la santé lors de visites dans une clinique communautaire

No prof.	Type de professionnel	Paiement moyen au professionnel par visite	Coût total par visite au bureau d'un professionnel	Coût d'un service médical effectué par un médecin avec déplacement
9	Médecin de famille ou généraliste	57,85 \$	116,10 \$	160,00 \$
10	Médecin spécialiste	89,36 \$	147,62 \$	192,00 \$
33	Psychiatre	77,81 \$	144,66 \$	158,00 \$
14	Dentiste	125,00 \$	125,00 \$	n.a.
16	Optométriste	35,00 \$	35,00 \$	n.a.

3.5.4 Coût d'une visite auprès d'un intervenant

Le coût par minute d'une visite auprès d'un intervenant a été estimé en utilisant une approche *bottom-up*. Le taux horaire provient de la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Afin de connaître l'échelon salarial moyen, le système d'information des ressources humaines du MSSS (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie) a été consulté pour la région de Montréal. Dans les cas où peu de personnes occupaient le poste d'un type de professionnel (par exemple, art thérapeute), le taux horaire moyen du Québec a été utilisé. Dans les cas où les professionnels travaillaient dans des organismes communautaires, le taux horaire provenait d'affichage de postes sur le site d'Emploi Québec (Emploi Québec, 2011b). Dans les cas où les professionnels provenaient d'établissements de santé et d'organismes communautaires selon l'information rapportée dans le questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services, une moyenne simple entre les deux types d'établissement a été calculée. Dans le cas des professionnels provenant du milieu judiciaire et des services correctionnels, les taux horaires provenaient de statistiques disponibles sur le site d'Emploi Québec.

Au taux horaire moyen de l'intervenant a été ajouté une part pour les congés, les bénéfices sociaux, les coûts directs pour les biens utilisés, les coûts administratifs, les coûts en

capitaux sous forme de pourcentage (tableau XV). Ces pourcentages ont été estimés à partir des rapports annuels des centres locaux de santé communautaires de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie) et représentent la part des coûts indirects proportionnellement au salaire horaire. Les pourcentages estimés pour les visites au bureau sont basé sur les visites en cliniques externes¹⁵.

Tableau XV Pourcentage des frais indirects proportionnellement au taux horaire

Coûts indirects	% estimé pour visites au bureau	% estimé pour visites à domicile	Source et commentaires
Congés	12,00%	12,00%	Les employés en santé ont généralement droit à 20 jours de vacances, 6 jours de congé de maladie et 13 jours fériés, pour un total de 39 jours. 39 journées de congés / (365 journées payées – 39 jours de congés) = 12%
Bénéfices sociaux / salaires	34,74%	47,00%	États financiers de tous les CLSC de l'île de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012)
Coûts des biens utilisés / Salaires	16,00%	6,76%	Ce calcul a été effectué pour les visites en cliniques externes dans les CLSC de l'île de Montréal. Suite à vérification des données, la majorité des visites auprès d'intervenants ont été réalisées dans des CLSC. Source : États financiers de tous les CLSC de l'île de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012)
Coûts administratifs/ Salaires	16,71%	13,69%	Les coûts indirects comprennent l'enseignement (7200), l'administration générale (7300), l'administration des services techniques (7320), l'informatique (7340), réception (7530), l'entretien ménager (7640), la sécurité (7710), l'entretien et la réparation des installations (7800). Les coûts indirects ont ensuite été alloués aux centres d'activités directs basés sur le nombre d'heure selon une méthode d'allocation directe. La part des coûts indirects est de 16.71% pour les visites en cliniques externes et 14% pour les visites à domicile effectuée par des équipes de soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave. Source : États financiers de tous les CLSC de l'île de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012)
Coût en capital	4,00%	4,00%	(Rosenheck & Frisman, 1994)

¹⁵ Le centre de coût des cliniques externes comprend l'administration des différents traitements autorisés et prescrits, la préparation des salles, de l'équipement et du matériel, la clinique des maladies transmises sexuellement, tous les autres soins infirmiers, la notation aux dossiers, le renvoi à d'autres services, la relance et le suivi, le secrétariat et l'assistance au médecin (Ministère de la santé et des services sociaux). Les visites à domicile sont principalement effectuées par des équipes de soutien communautaire. Les pourcentages estimés sont basés sur les équipes SI et SIV des CLSC.

Le questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services sociaux collectait des données sur le temps passé face à face avec un intervenant. Nous n'avions aucune information sur le temps autre consacré par l'intervenant pour le participant, tel que les communications effectuées pour le patient avec d'autres institutions, son entourage, la prise de note au dossier ainsi que les réunions d'équipe. Ainsi, nous avons estimé une part de temps non face-à-face a été ajouté au coût par heure d'une visite : 62% pour les visites effectuées au bureau et 51% pour les visites effectuées dans la communauté (annexe 9). Malgré le temps de transport, les intervenants effectuant des visites dans la communauté passent plus de temps en contact face à face avec leurs clients.

L'application de ces taux aux professionnels dont les conditions de travail ne sont pas régies par le MSSS ou n'œuvrant pas en santé est une estimation. Cependant, les conditions de travail sont comparables entre les employés de la fonction publique (ex : agent de libération conditionnelle) et les employés du réseau de la santé en terme de vacances et d'assurances collectives. De plus, notons que 83% des visites rapportées au bureau d'un professionnel étaient des visites auprès de professionnels de la santé et des services sociaux dans un CLSC.

Tableau XVI Coût par heure d'une visite par un intervenant dans la communauté

	Taux horaire de l'intervenant (\$)	Coût par heure de contact face à face au bureau (\$)	Coût par heure de contact face à face dans la communauté (\$)	Source du taux horaire
Intervenant ou intervenante en santé mentale	24,18	85,64	75,88	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Conseiller ou conseillère en logement	20,93	74,13	65,68	(Gouvernement du Canada, 2012)
Gestionnaire de cas	27,14	96,13	85,17	Référer à travailleur social
Thérapeute ou conseiller	25,76	91,24	80,84	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Travailleur ou travailleuse de proximité	17,23	61,04	54,08	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Travailleur social ou travailleuse sociale	27,14	96,13	85,17	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Agent ou agente d'aide sociale	19,90	70,49	83,13	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Infirmière ou infirmier	30,18	106,90	94,71	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) ASSS
Intervenant ou intervenante en toxicomanie	22,77	71,46	71,46	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Conseiller ou conseillère d'orientation professionnelle	24,92	88,25	78,19	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b; Emploi Québec, 2011b)
Conseiller ou conseillère en emploi IPS	28,69	101,62	90,03	Données du projet Chez Soi
Pair aidant ou aidante	18,85	66,77	59,16	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Travailleur ou travailleuse communautaire	17,23	61,04	54,08	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)

	Taux horaire de l'intervenant (\$)	Coût par heure de contact face à face au bureau (\$)	Coût par heure de contact face à face dans la communauté (\$)	Source du taux horaire
Agent ou agente de suivi	17,23	61,04	54,08	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Travailleur ou travailleuse de rue	17,23	61,04	54,08	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Emploi Québec, 2011b)
Conseiller ou guérisseur spirituel ou conseillère ou guérisseuse spirituelle	24,49	86,74	76,85	(Matheson, 2011)
Aîné ou aînée autochtone	24,49	86,74	76,85	(Matheson, 2011)
Membre du clergé	24,49	86,74	76,85	(Matheson, 2011)
Agent ou agente de probation	32,97	116,77	103,46	(Emploi Québec, 2011a) (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Physiothérapeute	30,17	106,86	94,68	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Psychoéducateur ou psychoéducatrice	23,26	82,39	72,99	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Intervenant ou intervenante en habiletés de base	17,23	61,04	54,08	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Nutritionniste ou diététiste	27,46	97,26	86,17	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Ergothérapeute	27,13	96,09	84,14	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Psychologue	25,76	91,24	80,84	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Technologue en radiologie	29,15	103,25	91,48	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)
Art-thérapeute	25,18	89,19	79,02	(Ministère de la santé et des services sociaux, 2011)

3.5.5 Coûts unitaires des visites dans les organismes communautaires

Les rapports d'activités et les états financiers annuels des organismes communautaires ont été utilisés pour estimer les coûts unitaires pour l'ensemble des visites en organismes communautaires avec une approche *top down*, à l'exception des visites en centre de crise. Les dépenses ont été divisées par le nombre d'unité.

Dans plusieurs organismes, la méthode de comptabilité de caisse (en anglais, *cash basis accounting*) a été utilisée. Dans ces cas-là, les coûts en capitaux n'étaient pas toujours disponibles. Dans les cas où la méthode de la comptabilité d'exercice (en anglais, *accrual basis accounting*) a été utilisée, les organismes communautaires ont tenu compte des coûts en capitaux en dépréciant la valeur de l'immobilier à l'achat (valeur au livre). Malheureusement, la dépréciation n'est pas représentative du vrai coût d'opportunité, important en évaluation économique car la valeur de l'immobilier varie avec le temps. Aussi, il est possible que l'immeuble utilisée par l'organisme communautaire ait été un don ou acquis à un prix en-dessous du marché. Le coût d'opportunité représente la valeur de la meilleure utilisation alternative que l'organisme communautaire aurait pu faire du bâtiment (ex : location) et le coût en capital ne devrait pas varier selon la date d'acquisition de l'immeuble ou d'autres facteurs. Pour représenter le coût d'opportunité d'utilisation de l'immeuble, nous avons estimé le loyer que l'organisme recevrait s'il louait l'immeuble (ou qu'il aurait à payer s'il louait l'immeuble) aujourd'hui. Le produit du taux de capitalisation¹⁶ à la valeur de l'immeuble a été utilisé comme valeur approximative du loyer que l'organisme aurait eu à payer s'il avait eu à louer son immeuble sur le marché locatif commercial. En multipliant le taux de capitalisation par la valeur de l'immeuble, nous obtenons le revenu net d'exploitation du propriétaire. Les dépenses d'exploitation étant assumées en très grande partie par le locataire qui paie pour les taxes, les assurances ainsi que les dépenses opérationnelles telles que le chauffage, l'électricité, l'entretien et les réparations, le revenu d'exploitation net peut être considéré comme une approximation des revenus brut de l'immeuble provenant des loyers. La valeur foncière de l'immeuble a été utilisée comme approximation de la valeur de l'immeuble sur le marché.

¹⁶ Le taux de capitalisation correspond au revenu d'exploitation net divisé par le coût de l'immeuble.

Tableau XVII Coût par visite selon le type d'organisme communautaire

Section du mémoire		
Organisme		\$/unité
3.5.5.1	Centre de jour (\$/visite)	34,76 \$
3.5.5.1	Repas communautaire (\$/repas)	10,09 \$
3.5.5.2	Refuge (\$/ nuit)	55,58 \$
3.5.5.3	Banque alimentaire (\$/panier)	5,72 \$
3.5.5.4.	Centre de crise (\$/jour)	283,03 \$
3.5.5.4	Centre de crise (\$/intervention)	205,80 \$
3.5.5.4	Centre de crise (\$/appel)	39,10 \$
3.5.4.6	Centre de réhabilitation (\$/jour)	119,15 \$
3.5.5.6	Centre d'hébergement hommes (\$/jour)	89,15 \$
3.5.5.6	Centre d'hébergement femmes (\$/jour)	135,73 \$

3.5.5.1 Coût d'une visite dans un organisme communautaire, centre de jour

Le nombre et le type de services offerts par les organismes communautaires varient d'un organisme à l'autre. Conséquemment, le coût unitaire par visite varie d'un organisme à l'autre. Afin de tenir compte de ces différences de coût, les 105 organismes communautaires faisant partie de la liste des réponses codifiées ont été répartis selon deux catégories : centre de jour et programme de repas. Un coût unitaire a été estimé pour chaque catégorie.

Les centres de jour offrent une variété de services de jour aux personnes sans-abri :

“Day centres provide an 'open access' building based facility; offer a variety of services usually involving a mix of support, advice, information, food and practical help; are committed to equal opportunities, maintaining a safe and welcoming environment and empowering service users; and have a primary focus on working with homeless, vulnerable or insecurely housed people”(Cooper, 2001), p. 97)

Les organismes qui ne rentraient pas dans la définition des centres de jour et des programmes de repas mais dont l'intensité des ressources offertes par visite est similaire aux centres de jour ont été catégorisés comme centres de jour, tels que les groupes d'entraide, ont été catégorisés comme centre de jour. Au total, la catégorie centre de jour représentait 83% des visites dans un organisme. Le coût unitaire est basé sur la moyenne pondérée des coûts unitaires

de 12 centres de jour¹⁷. Les visites à ces 12 organismes représentent 67% des visites à des centres de jour et comprennent les organismes pour lesquels nous avons réussi à obtenir un suffisamment d'information pour estimer un coût unitaire.

La définition opérationnelle des programmes de repas comprend les organismes dont la seule vocation est d'offrir un repas auprès de personnes démunies et qui n'ont pas été définis comme centres de jour. Les visites catégorisées comme programmes de repas représentaient 17% du total des visites en organismes communautaires. Les visites en refuge qui n'ont pas été suivies d'un hébergement ont été enregistrées comme des visites à un programme de repas. La majeure partie des visites à des programmes de repas ont été réalisées dans les refuges. Malheureusement, il ne fut pas possible d'isoler le coût des repas des dépenses des refuges. L'information disponible étant limitée, le coût unitaire est basé sur la moyenne pondérée de 6 programmes de repas, couvrant seulement 9% des visites à des programmes de repas. L'estimé nous semble raisonnable et a été approuvé par l'équipe nationale du projet Chez Soi.

3.5.5.2 Coût d'un séjour dans un refuge

Le coût unitaire d'une visite de 54 \$ dans un refuge est basé sur les rapports 2009-2010 de la Mission Bon Accueil (Mission Bon Accueil, 2011). Ce coût comprend les biens en nature (ex : nourriture, linge, shampoing, savon des hôtels) ainsi que le bénévolat. Malheureusement, il fut impossible d'inclure plus de refuges dans cet estimé. La Maison du Père, la Mission Bon Accueil et la Mission Old Brewery sont les trois plus grands refuges à Montréal et les plus utilisés par les participants du projet Chez Soi. Leurs activités ne se limitent pas à l'hébergement d'urgence. Des programmes résidentiels de réadaptation, des programmes de réadaptation et d'aide alimentaire sont également disponibles. Malgré la coopération de la Maison du Père et la Mission Old Brewery, il ne fut pas possible d'isoler les dépenses de la portion refuge de ces programmes de transition. Peut-être par chance, ce chiffre coïncide avec l'estimé des refuges. Nous utilisons le même coût unitaire pour les nuits passées en refuge d'urgence que pour les nuits passées dans un programme de transition.

¹⁷ Accueil Bonneau, Mission St-Michael, Mission Bon Accueil, Chez Doris, Open Door, Sac-à-dos, Rue des femmes, Centre d'amitié autochtone, Multi-café, Comité social Centre-Sud, Chic Resto Pop, Rézo.

Notons qu'en 2011, le financement public ne représentait que 29% des revenus de MBA. Le coût unitaire d'une nuit en refuge sous une perspective gouvernementale aurait été de 15,66 \$ par nuit.

3.5.5.3 Coût d'un panier dans une banque alimentaire

Le questionnaire sur le recours aux services de santé et des services sociaux et de justice comprend une question sur les visites auprès d'organismes communautaires. Ainsi, lors d'une visite à un organisme alimentaire au cours de laquelle le participant prend un panier alimentaire, celui-ci peut déclarer avoir effectué une visite à un organisme communautaire et à une banque alimentaire. Afin d'éviter la possibilité de double comptage, seul le coût d'un panier de denrées a été comptabilisé lors des visites dans une banque alimentaire. Dans le cas où il y aurait eu un double comptage, notons qu'il arrive souvent que la valeur du panier alimentaire, qui ne constitue pas une dépense pour l'organisme communautaire dans la plupart des cas, ne soit comptabilisé dans les états financiers. Les organismes communautaires sont, dans les plupart des cas, des points de distribution pour Moisson Montréal, qui représente la plus grosse banque alimentaire sur l'île de Montréal.

Moisson Montréal collecte, entrepose et distribue à plus de 212 points les dons en denrées alimentaires pour l'île de Montréal. Moisson Montréal reçoit des denrées directement des fournisseurs alimentaires mais également de Banque alimentaire Canada et de l'Association des banques alimentaires du Québec. La distribution des activités de cette organisation dans chaque province et dans chaque ville est basée sur la population.

Pour calculer le coût d'un panier de denrées, le coût sociétal total des denrées a été divisé par le nombre total de sacs de provisions et de repas distribués à Montréal.

Le coût sociétal total a été obtenu en additionnant la valeur totale des denrées (7,09 \$ le kilo (Moisson Montréal, 2011)) au coût de Moisson Montréal, au coût des activités de Banque alimentaire Canada et de l'Association des banques alimentaires du Québec calculé au pro rata de la population de Montréal sur la population du Canada et du Québec respectivement (Association des banques alimentaires du Québec, 2010; Banques alimentaires Canada, 2010).

Le nombre total de sacs de provisions et de repas distribués à Montréal ont été utilisés pour calculer le coût d'un panier de denrées (Nudelle & O Rhissa, 2010). L'information

disponible ne permettait pas de distinguer les coûts associés aux sacs de provision des coûts des repas.

Le coût unitaire estimé est de 5,56 \$ et comprend un panier d'approximativement 8,4 produits.

3.5.5.4 Coût d'une visite à un centre de crise

Les états financiers des centres de crise de l'île de Montréal, pour lesquels nous avons réussi à obtenir les rapports annuels ne permettaient pas de distinguer les visites des séjours en centre de crise. Les coûts unitaires obtenus variaient de 149 \$ à 387 \$ par jour. Le Centre de crise de Québec (Centre de crise de Québec) tient des bases de données plus sophistiquées qui permettent de distinguer les visites des séjours en centre de crise. Selon la recommandation du directeur du Centre de crise de l'Ouest de l'île, les chiffres fournis par le Centre de crise de Québec ont été utilisés. Ces coûts comprennent les frais indirects.

3.5.5.5 Coût d'une visite à un centre de réadaptation - dépendance

Les visites à des centres de réadaptation ont été enregistrées dans le calendrier résidentiel rétrospectif comme visites à un programme résidentiel de traitement ou de rétablissement de la drogue/alcool.

Le coût unitaire est basé sur une moyenne simple des centres de réadaptation Portage (Portage, 2010) et Mission Bon Accueil (Mission Bon Accueil, 2010). Les frais d'administration générale, d'alimentation, de buanderie, d'entretien et de transport ont été alloués sur la base des heures travaillées.

Malheureusement, il n'a pas été possible d'obtenir les rapports des autres centres de réadaptation en dépendance, qui sont gérés au privé pour la grande majorité. Bien que les frais de séjour soient disponibles sur les sites web de ces organismes, les frais ne sont pas représentatifs des coûts réels. Ces organismes peuvent charger plus pour un client bénéficiant d'une assurance privée que pour un client bénéficiaire de l'aide sociale.

3.5.5.6 Coût d'une visite dans un centre d'hébergement

Le coût unitaire d'une visite dans un centre d'hébergement pour hommes est basé sur la moyenne pondérée de trois Auberges du cœur : Le foyer des jeunes travailleurs et travailleuses

de Montréal, les Services d'hébergement St-Denis et la Maison Tangente. Le coût unitaire d'une visite dans un centre d'hébergement pour femmes est basé sur la moyenne pondérée de l'Auberge Madeleine, le Chaînon, de la Maison Marguerite et de l'Abri d'Espoir.

3.5.6 Services de sécurité publique (police)

3.5.6.1 Coût unitaire d'un contact et d'une arrestation

Le coût unitaire d'un contact et d'une arrestation a été estimé en effectuant le calcul suivant : temps (en heures) d'un policier par contact (ou arrestation) pour une personne avec des problèmes de santé mentale multiplié par le coût par heure.

Les données sur le temps policier utilisé par contact et arrestation pour une personne avec des problèmes de santé mentale proviennent d'une étude descriptive sur les interventions policières réalisée à Montréal (Charette, Crocker, & Billette, 2011). Le temps policier tient compte du nombre de policiers présents lors de l'intervention. Le temps policier ayant une distribution hautement asymétrique, la médiane a été utilisée. Le temps policier par contact ne menant pas à une arrestation est de 1,43 heure et le temps policier par contact menant à une arrestation est de 6,12 heures. Dans le cas de transports effectués par la police, aucune donnée sur le temps policier n'était disponible. Le temps policier d'une arrestation a été utilisé comme approximation du temps policier utilisé lors d'un transport.

Le coût par heure d'un policier a été estimé en utilisant une approche *top-down*. Basé sur les prévisions budgétaires de 2009 (Service de police de la ville de Montréal), le coût par personne-année a été estimé. Ensuite, le coût par personne-année a été divisé par le nombre d'heures travaillées par année par les policiers du SPVM, soit, 1456 heures (Service de police de la ville de Montréal). Ce chiffre tient compte du fait que les policiers travaillent 21 jours sur une période de 35 jours, ont une demi-heure de repas rémunérée, 29 jours de vacances (pour les employés ayant accumulé 10 à 14 ans d'ancienneté, ce qui est représentatif de la médiane de l'échelle salariale) et 8 jours fériés (Service de police de la ville de Montréal). Cet estimé ne tient pas compte des congés de maladie. Aucun nombre de congés permis n'est préétabli pour ce type de congé et nous n'avons repéré aucune statistique. Le coût estimé par heure du temps d'un policier est de 95,67 \$, après ajout des coûts en capitaux et ajustement pour inflation.

3.5.6.2 Coût d'un séjour dans une cellule d'un centre opérationnel

Le coût d'un séjour dans une cellule du poste opérationnel n'étant pas disponible, le prix d'un séjour dans un centre opérationnel (255 \$) a été utilisé. Il s'agit du prix facturé aux centres correctionnels lors du séjour de l'un de leurs détenus (Service de police de la ville de Montréal - Centre opérationnel Sud, 2012). Le prix ne reflète peut être pas le coût réel d'un séjour dans un centre opérationnel mais c'est le seul estimé disponible.

3.5.6.3 Coût d'un appel 9-1-1

Le coût par appel d'urgence a été estimé en utilisant le budget du SPVM pour l'année 2009 (Service de police de la ville de Montréal). Les dépenses totales ont été divisées par le nombre d'appels en 2007 (Service de police de la ville de Montréal). Les coûts indirects des unités de soutien administratif ont été alloués sur la base du nombre d'années personnes.

3.5.6.4 Coûts unitaires de sécurité publique

Tableau XVIII Détails des coûts de sécurité publique

Type de coût	Temps policier (minutes)	Coût policier par heure (\$)	Coût unitaire (\$/unité)
Contact	85,97	98,93	141,75
Arrestation	367,03	98,93	605,17
Séjour dans une cellule d'un centre opérationnel	n.a.	n.a.	255,00
Coût d'un appel 9-1-1	n.a.	n.a.	13,25

3.5.7 Service de justice – Comparution en cour criminelle

Le coût d'une comparution en cour pour un crime a été estimé en additionnant les coûts de la cour, de la poursuite et de l'aide juridique.

Tableau XIX Coût par comparution

	Coût de la cour	Coût de la couronne (poursuite)	Coût de l'aide juridique	Coût total avec coût en capital et ajustement pour inflation
Cour criminelle	1379,17 \$	1088,52 \$	604,23 \$	3071,92 \$

Le coût de la cour de Montréal a été estimé en utilisant une approche *top-down*. Les dépenses en matière criminelle de 2009 (Ville de Montréal, 2010) ont été divisées par le nombre maximal de procès planifiés, en supposant que 8 procès par chambre par jour ont eu lieu (Cour municipale de la ville de Montréal, 2008).

Les dépenses totales de l'aide juridique ont été divisées par le nombre de demandes acceptées par l'aide juridique (Commission des services juridiques, 2010).

Le coût de la poursuite a été estimé en multipliant le coût moyen de la cour par la proportion que représentent les coûts de la poursuite par rapport au coût de la cour. Ce ratio a été estimé à partir du rapport sur les coûts de justice (Zhang, 2008). Le ratio estimé est de 79%.

3.5.8 Services correctionnels

Les personnes recevant une sentence de deux ans et plus sont détenues dans un centre de détention fédéral. Les personnes recevant une sentence de moins de deux ans sont détenues dans un centre de détention provincial. Les sentences de moins de deux ans sont plus typiques des détentions de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale, lorsqu'il y a détention. Les séjours dans un centre correctionnel dans la région de Montréal, le coût unitaire pour les femmes, basé sur celui de la Maison Tanguay, est de 180,20 \$; pour les hommes, basé sur celui de la prison de Bordeaux, il est de 148,40 \$ (Ministère de la sécurité publique, 2012). Pour les séjours dans un centre correctionnel fédéral, après ajustement pour l'inflation, il est de 322,51 \$ (Statistique Canada).

3.6 Coût de l'intervention Housing First

Le coût annuel de l'intervention a été estimé pour chaque participant. Ce coût a été calculé au pro-rata du nombre de contacts effectués par les intervenants des équipes cliniques du projet Chez Soi pour la portion clinique et au pro-rata du nombre de jours pendant lesquels le participant était locataire pour la portion logement.

Les dépenses pour l'année financière 2010-2011 ont été utilisées pour estimer le coût de l'intervention. Les dépenses totales de l'équipe logement, incluant les subventions au loyer, étaient de 1 849 682 \$ pour 281 participants. Les dépenses totales de l'équipe de suivi intensif étaient de 1 256 060 \$ pour 79 participants. Les dépenses totales des équipes de soutien d'intensité variable étaient de 1 422 284 \$ pour 191 participants.

Chapitre 4 Analyse

4.1 Préparation des données

4.1.1 Intégration des données administratives sur les séjours hospitaliers dans la base de données sur le Calendrier résidentiel

Les données administratives sur les séjours hospitaliers provenant des bases Med-Écho comprennent les dates d'admission et les dates de départ réelles pour les séjours hospitaliers. Le questionnaire du Calendrier résidentiel rétrospectif a collecté des données sur les lieux de résidence rapportés par les participants pour chaque période du calendrier pour la durée de l'étude. Les dates auto-rapportées sur les séjours hospitaliers ont été remplacées par les dates réelles. Conséquemment, nous avons corrigé les dates enregistrées pour les autres lieux de résidence : La proportion de jours rapportée pour les autres lieux de résidence sur un mois a été ajustée pour tenir compte des changements effectués pour les dates des séjours hospitaliers pour ce même mois. Par contre, dans les cas où les données étaient manquantes, il ne fut pas possible d'intégrer les données administratives des hospitalisations dans la base de données car le modèle d'imputation multiple ne le permet pas. Le modèle impute le coût total pour la période de 30 jours et non pour chaque catégorie de logement présente dans le calendrier résidentiel rétrospectif. Cela est expliqué dans la section sur la gestion des données manquantes.

4.1.2 Calcul des coûts d'utilisation de services

Les coûts d'utilisation de service des variables auto-rapportées ont été calculés en multipliant le nombre d'unités par le coût unitaire approprié.

Le coût des médicaments obtenus par les participants a été extrait des données administratives provenant de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec.

Pour l'analyse coût-efficacité, le coût de Housing First pour chaque participant a été calculé au pro-rata du nombre de jours en logement déclarés dans le calendrier résidentiel rétrospectif et au pro-rata du nombre de contacts avec les intervenants des équipes cliniques déclarés dans le questionnaire sur le Recours aux soins de santé et aux services sociaux et de

justice. Dans le cas où les données étaient manquantes, le coût de l'intervention a été imputé avec l'imputation multiple.

4.1.3 Gestion des données manquantes

Dans les enquêtes populationnelles utilisant des questionnaires, il arrive que des données soient manquantes parce que le participant n'a pas répondu à toutes les questions du questionnaire ou parce qu'il a quitté l'étude. Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause. Dans le cas du projet Chez Soi, des participants ont été perdus de vue pendant une longue période et il était alors trop tard pour leur faire passer les questionnaires rétrospectifs. Quelques-uns sont décédés. Une période d'observation est donc manquante pour certains participants. Dans d'autres cas, des participants ne savaient pas la réponse ou ont refusé de répondre à des questions. Il est possible que cette erreur ne soit pas le fait d'un événement aléatoire. Par exemple, un participant ayant des problèmes de santé plus importants plusieurs hospitalisations pourrait avoir plus de difficulté à se rappeler du nombre d'un jour d'hospitalisation qu'un participant en meilleure santé ayant eu moins d'hospitalisation. Ne pas tenir compte des données manquantes dans l'analyse pourrait engendrer des biais importants dans l'analyse des résultats. Bien qu'il soit irréaliste de vouloir décrire avec précision toutes les causes potentielles de données manquantes dans une étude (Schaefer & Graham, 2002), différentes méthodes permettent de minimiser les biais pouvant exister avec la présence de données manquantes.

L'imputation multiple est l'une des approches les plus solides. L'imputation multiple crée de multiples prédictions pour chaque valeur manquante. L'analyse de multiples données imputées prend en compte l'incertitude résultant de l'imputation et permet de générer des écarts-types plus justes que toute méthode d'imputation simple. Ainsi, s'il y a peu d'information dans les données observées utilisées dans le modèle d'imputation sur les données manquantes, les imputations seront très variables avec de grands écarts-types (Greenland & Finkle, 1995) et de plus grands intervalles de confiance dont il sera possible de tenir compte dans l'analyse. Les approches retirant les données manquantes ou remplaçant les données manquantes par une valeur estimée (souvent la moyenne de l'échantillon) ne permettent pas de prendre en compte l'incertitude existant autour de la valeur manquante.

Étant donné le grand nombre de variables analysées et la présence de limites, nous avons choisi l'imputation multiple par équations en chaîne également connue sous le nom imputation

multiple par régressions séquentielles. L'appariement d'après la moyenne prévisionnelle a été utilisé pour l'analyse. Cette approche permet d'analyser des données qui n'ont pas une distribution normale, ce qui est le cas pour plusieurs des variables de coûts étudiées par le projet Chez Soi. L'imputation multiple par équations en chaîne repose sur l'hypothèse que les données sont manquantes au hasard (en anglais, *Missing At Random (MAR)*), ce qui signifie que la probabilité qu'une donnée soit manquante dépend seulement des valeurs de variables observées, qui peuvent être incluses dans le modèle d'imputation; et non de valeurs de variables non-observées (les valeurs manquantes seraient alors *Not missing at random (NMAR)*) (Schaefer & Graham, 2002). Les données ont été imputées 20 fois, selon la recommandation des statisticiens de l'équipe. Les 20 ensembles de données obtenus ont été analysés et les résultats (moyenne, écart-type, etc.) ont été combinés selon les règles de Rubin (1987) afin de produire des estimations globales qui reflètent l'incertitude entourant les données manquantes. La professeure Erica Moodie, Ph.D., directrice du programme de biostatistique à l'Université McGill, a supervisé le développement du modèle d'imputation multiple.

Une analyse de sensibilité a été réalisée afin de tester l'hypothèse que les données sont manquantes au hasard (*MAR*). Les scénarios pour lesquels les données ne seraient pas manquantes au hasard (*NMAR*) comprenaient des scénarios pour lesquels les coûts seraient plus élevés et le nombre de jour en stabilité résidentielle moins élevé pour les groupes expérimentaux seuls, les groupes témoins seuls et les deux groupes. Les augmentations de coûts et les diminutions d'efficacité analysées sont de 1%, 3%, 5%, 10%, 20%, 30%, 40% et 50%. Le scénario de l'imputation par la moyenne a également été compris dans l'analyse de sensibilité.

Le modèle de régression d'imputation multiple comprend les variables descriptives suivantes: Le sexe, l'âge, les habiletés dans la communauté (MCAS), la présence d'un trouble psychotique (MINI), le fait d'être d'origine autochtone ou non, la consommation de drogues ou d'alcool (MINI) et le groupe d'assignation (Housing First ou Services usuels). Les données à l'entrée dans l'étude ont été utilisées et il n'y a aucune donnée manquante pour les variables descriptives. Les autres variables utilisées sont le nombre de jours passés en résidence stable et en institution (hôpital, prison, centre de désintoxication) et la différence entre les paiements de

transfert reçus et les revenus d'emploi des participants¹⁸ sur chaque période de 90 jours (3 mois), le nombre d'interventions reçues par le projet Chez Soi sur chaque période de 180 jours (6 mois), le coût total de l'hébergement sur chaque période de 30 jours (1 mois) ainsi que le coût total de chaque variable du questionnaire sur le recours aux soins de santé, aux services sociaux et de justice pour chaque période de 180 jours (6 mois). Notons que des modèles d'imputation distincts ont été construits pour le groupe ayant des besoins élevés et le groupe ayant des besoins modérés. Aucune distinction n'a été faite entre les types de données manquantes (décédés, manquant pour une certaine période, refus de répondre ou ne sait pas).

Dans le cas de données partiellement manquantes, par exemple, si nous savons qu'il y a eu une visite auprès d'un professionnel mais nous ne savons pas lequel, nous avons assigné un coût basé sur la moyenne pondérée des autres sous-variables de cette catégorie de variables. Ces données partiellement manquantes peuvent être expliquées par des erreurs d'enregistrement de codes, le fait que le participant ne se souvenait plus du professionnel ou de l'organisme exact visité. Ce type de données manquantes était plutôt rare.

Dans des cas mineurs de données manquantes pour le calendrier résidentiel rétrospectif, trois nuits ou moins d'information manquante sur une période 30 jours, nous avons estimé les coûts d'utilisation de service pour ces journées manquantes au pro rata de l'utilisation de service pour le mois. Si plus de trois journées étaient manquantes, nous avons eu recours à l'imputation multiple décrite ci-haut.

Dans le cas du coût des médicaments, afin de gérer les données manquantes des 17 participants décédés, la moyenne des données existantes ont été utilisées comme valeur prédictive des données manquantes.

L'imputation multiple n'a pas pu être appliquée pour chacune des variables du calendrier résidentiel rétrospectif. Lorsque l'information était manquante pour une date, la donnée était

¹⁸ Aucune donnée n'a été collectée sur les paiements de transferts et les revenus d'emploi des participants pour la période précédant l'entrée dans l'étude, la première administration du calendrier professionnel rétrospectif ayant eu lieu à 3 mois pour ne pas trop alourdir le processus d'entrée dans l'étude. Nous avons utilisé les données des 30 jours suivant l'entrée dans l'étude comme approximation de la période précédant l'entrée dans l'étude. Étant donné que les revenus d'emploi sont faibles ou inexistantes pour les participants et que les paiements de transferts constituent la très grande partie des revenus personnels de participants et que les équipes des participants des groupes HF n'auraient pas eu le temps d'obtenir ou de modifier les prestations d'aide sociale ou de solidarité sociale des participants aussitôt le participant entré dans l'étude, nous croyons que cette approximation doit être proche de la réalité.

manquante pour toutes les variables du Calendrier résidentiel rétrospectif. L'imputation multiple a donc été appliquée sur le coût total des variables du Calendrier résidentiel rétrospectif pour une période de 30 jours (1 mois). Pour la dernière période de suivi du calendrier résidentiel rétrospectif, plus de 51.17% des données étaient manquantes¹⁹. Pour estimer les données manquantes de l'analyse coût-efficacité, la dernière observation reportée prospectivement a été utilisée.

4.1.4 Prise en compte de la différence de coût d'utilisation de service à l'entrée dans l'étude

Des différences de coûts d'utilisation de service ont été observées à l'entrée dans l'étude entre les groupes HF et SU. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les caractéristiques sociodémographiques entre les groupes Housing First (HF) et services usuels (SU). Dans une telle situation, nécessairement attribuable à l'effet du hasard, tel qu'il semble être le cas dans le projet Chez soi, la différence de coût à l'entrée dans l'étude est la seule variable sur laquelle un ajustement peut être effectué (Asselt et al., 2009).

Pour l'analyse de coût des services, un modèle en deux parties (Belotti, 2012; Vittinghoff, Glidden, Shiboski, & McCulloch, 2012) a été utilisé pour tenir compte de la différence du coût d'utilisation de chaque service qui pouvait exister à l'entrée dans l'étude. La première partie consiste à estimer la probabilité que le coût soit zéro pour l'utilisation du service par les participants. Un modèle de régression probit dans lequel la variable dépendante ne peut prendre que deux valeurs : utilisateur ou non utilisateur a été utilisé. La deuxième partie consiste à estimer le coût si la valeur n'est pas zéro avec un modèle linéaire généralisé, avec une distribution gamma et en utilisant la fonction link (log) (Barber & Thompson, 2004). Dans les deux cas, le coût avant l'entrée dans l'étude est utilisé comme facteur d'ajustement : c'est de cette façon qu'est prise en compte toute différence possible entre les groupes avant l'entrée dans l'étude. Finalement, ces deux parties ont été combinées afin d'obtenir le coût moyen prédit du service étudié.

¹⁹ Dû à des contraintes budgétaires, il a été décidé au niveau national du projet d'écourter le suivi des participants recrutés en dernier (environ 50% des participants) à 21 mois. Le taux de suivi du questionnaire sur le recours aux soins de santé et aux services sociaux et de justice est 90.62% des participants pour la période de 18 à 24 mois. Ce questionnaire ne nécessitait pas l'enregistrement de dates précises. Le taux de suivi du calendrier résidentiel rétrospectif et de l'historique professionnel est de 91.68% à 21 mois et de 51.17% à 24 mois.

Pour les totaux et la variable médicaments, un modèle linéaire généralisé avec le coût à l'entrée dans l'étude comme variable indépendante, a été utilisé pour ajuster le coût total de la période de 0 à 24 mois pour la différence de coût existant à l'entrée dans l'étude (3 mois précédent l'entrée pour le calendrier résidentiel rétrospectif et l'historique professionnel rétrospectif et 6 mois précédent l'entrée pour le recours aux services de santé, aux services sociaux et de justice). Pour l'analyse du coût total et des médicaments, encore une fois nous avons utilisé une distribution gamma et la fonction link (log) a été utilisée. Pour l'analyse coût-efficacité, nous avons supposé une distribution normale et utilisé la fonction link(identité).

4.2 Analyse des différences de coûts

L'analyse statistique a été effectuée sur le coût total de la période de 24 mois suivant l'entrée dans l'étude en supposant une distribution gamma. Une analyse statistique a également été effectuée pour plusieurs variables : centre d'hébergement, logement social, refuge, hospitalisation médicale, hospitalisation psychiatrique, visite à l'urgence, clinique externe d'un hôpital, transport ambulancier, médicaments, centre de réadaptation en dépendance, ressources résidentielles en santé mentale, visites auprès d'intervenants, visites par une équipe de gestion de crise, organismes communautaires, banque alimentaire, médicaments, contact avec la police, transport ou détention par la police, arrestation, comparution, services correctionnels, appels téléphoniques, différence entre les paiements de transfert et les revenus d'emploi.

Afin de minimiser les erreurs de type 1 (rejet de l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie) associées aux comparaisons multiples, la différence entre les groupes HF et SU est considérée significative si la valeur p (probabilité d'observer une association aussi forte que celle reflétée dans l'échantillon si l'hypothèse nulle est vraie) est plus petite que 0,01. Un intervalle de confiance conservateur de 99% a été estimé. Afin de comparer les coûts de médicaments et la différence entre les revenus et les paiements de transferts des groupes HF et SU, un modèle linéaire généralisé a été utilisé.

Plusieurs services sont inutilisés par un nombre important de participants, ce qui complexifie l'analyse statistique à réaliser, notamment à cause du grand nombre de valeurs zéro. Des tests statistiques ont pu être effectués afin de tester la différence entre le nombre d'utilisateurs de service (fréquence n'égale pas à zéro) entre les groupes HF et SU en utilisant un modèle probit ainsi que la différence du coût d'utilisation de service parmi les utilisateurs entre

les groupes HF et SU en utilisant un modèle linéaire généralisé (Les résultats de ces tests sont présentés dans l'annexe 12.). La fonction *suest* (*seemingly unrelated estimation*) a été utilisée afin de combiner ces modèles probit et le modèle linéaire généralisé afin de tester la différence de coûts entre les groupes HF et SU. Le test de Wald a été utilisé.

Afin de comparer les coûts totaux des groupes HF et SU, un modèle linéaire généralisé a été utilisé. La différence entre les groupes HF et SU est considérée significative si la valeur p (probabilité que l'hypothèse nulle soit rejetée) est plus petite que 0,05.

4.3 Analyse coût-efficacité

4.3.1 Rapport coût-efficacité différentiel

Afin de réaliser l'analyse coût-efficacité, nous devons d'abord estimer le rapport coût-efficacité différentiel (*incremental cost effectiveness ratio (ICER)* en anglais).

Rapport coût-efficacité différentiel = Δ coût / Δ efficacité

Δ coût = Coût total d'utilisation de services pour le groupe recevant Housing First – Coût total d'utilisation de services pour le groupe recevant les services usuels

Δ efficacité = Nombre de jours en résidence stable pour le groupe recevant Housing First – Nombre de jours en résidence stable pour le groupe recevant les services usuels

Le rapport coût-efficacité différentiel nous donne le coût additionnel pour une journée additionnelle en résidence stable avec l'intervention Housing First comparativement aux services existants présentement à Montréal. Si ce coût est inférieur à ce que le décideur est prêt à payer pour une journée additionnelle en logement stable, pour les personnes itinérantes avec des troubles de santé mentale, Housing First sera considéré comme étant coût-efficace.

4.3.2 Bootstrap, plan coût-efficacité et courbe d'acceptabilité de la coût-efficacité

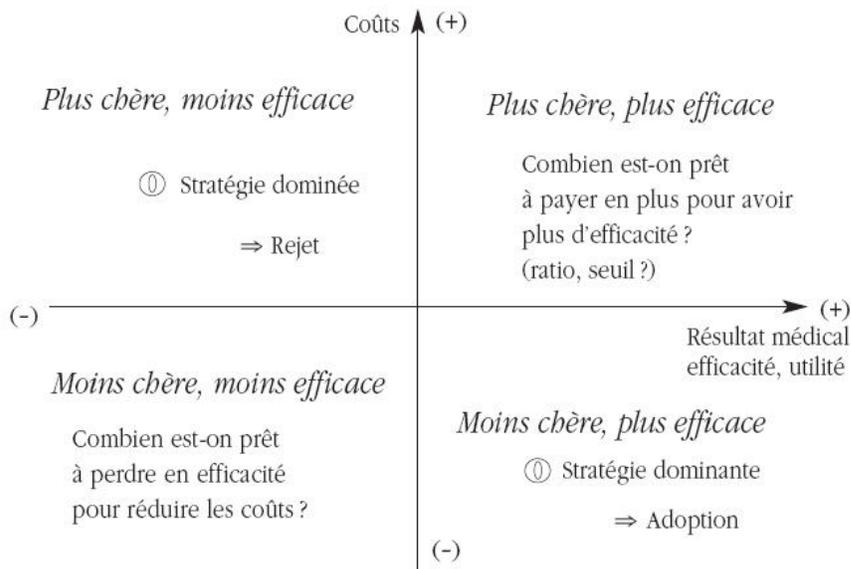
4.3.2.1 Bootstrap

Afin de tenir compte de l'incertitude d'échantillonnage entourant le rapport coût-efficacité différentiel calculé avec cet échantillon, nous avons utilisé la méthode bootstrap (Efron & Tibshirani, 1993). À partir de l'échantillon des participants du projet Chez Soi, on pige, avec remise, de nouveaux échantillons avec une taille égale à l'échantillon d'origine. Pour chacun de ces échantillons, les données manquantes sont imputées 20 fois. Au départ, nous avons voulu créer 500 répliques de l'échantillon d'origine. Cependant, étant donné la présence de données manquantes pour plusieurs participants et les limites du modèle d'imputation multiple, 600 répliques ont dû être effectuées pour le groupe ayant des besoins élevés. De ces 600 répliques, étant donné les limites du modèle d'imputation multiple, 580 répliques ont pu être utilisées. Pour le groupe ayant des besoins modérés, 500 répliques ont suffi. Finalement, le rapport coût-efficacité différentiel a été calculé pour chacun de ces échantillons. Ces répliques constituent l'estimé empirique de la distribution du rapport coût-efficacité différentiel.

4.3.2.2 Plan coût-efficacité, courbe d'acceptabilité coût-efficacité

Ces résultats sont présentés graphiquement sur le plan coût-efficacité. Le plan coût-efficacité permet de comparer simultanément la répartition commune des coûts et des effets différentiels de l'intervention et son comparatif; dans notre cas, Housing First versus les services présentement offerts à Montréal. La figure 4 présente les quatre quadrants du plan coût-efficacité et des pistes d'aide à la décision.

Figure 4 Plan coût-efficacité (Black, 1990)



Pour l'évaluation économique de Housing First, l'ordonnée représente la différence de coût et l'abscisse la différence de jours en résidence stable entre le groupe Housing First et le groupe recevant les services usuels.

La courbe d'acceptabilité coût-efficacité permet d'évaluer la probabilité que l'intervention est coût-efficace, suivant la valeur qu'accorde le décideur à une unité additionnelle d'efficacité, dans le cas de cette étude, une journée additionnelle en logement stable.

4.3.3 Analyse d'impact budgétaire

Basé sur le nombre estimé de personnes itinérantes à Montréal (annexe 4), une analyse d'impact budgétaire a été effectuée.

Le budget nécessaire pour offrir Housing First aux personnes itinérantes avec des troubles de santé mentale graves et celles avec des troubles de santé mentale modérés a été estimé en multipliant le nombre de personnes itinérantes dans ces groupes par le coût moyen par personne de l'intervention. Le coût moyen de l'intervention par personne a été obtenu en divisant les dépenses annuelles des équipes logement et des équipes cliniques du projet Chez soi par le nombre de clients assignés aux équipes à l'entrée dans l'étude.

L'impact budgétaire de Housing First sur le coût des autres services de santé a été estimé calculant la différence du coût total d'utilisation des services pour les personnes itinérantes avec troubles de santé mentale sans Housing First et le coût total d'utilisation des autres services de

ces personnes avec Housing First. Le coût moyen total est basé sur les résultats de l'étude entre 0 et 24 mois pour les groupes recevant les services usuels et les groupes recevant Housing First. Le coût total d'utilisation des services est obtenu en multipliant le coût moyen d'utilisation des services par le nombre de personnes itinérantes vivant avec des troubles de santé mentale.

Finalement, étant donné l'incertitude existant autour des estimés du nombre de personnes itinérantes vivant avec des troubles de santé mentale graves et modérés, une analyse de sensibilité a été effectuée en diminuant et en augmentant le nombre de personnes itinérantes vivant avec des troubles de santé mentale graves et modérés par 25%.

Afin d'estimer le nombre d'équipe de soutien clinique nécessaire pour desservir les personnes itinérantes ayant de troubles de santé mentale, le nombre de personnes pouvant bénéficier du programme Housing First a été divisé par le nombre de clients desservis par une équipe de soutien clinique : soit 80 pour les équipes de suivi intensif desservant des clients ayant des besoins élevés et 100 pour les équipes de soutien d'intensité variable desservant des clients ayant des besoins modérés (Section 2.1).

Chapitre 5 Résultats

5.1 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'entrée dans l'étude sont décrites dans le tableau XX. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les variables sociodémographiques entre les groupes HF et SU pour les participants ayant des besoins élevés et ayant des besoins modérés.

Plus de 50% des participants ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés sont âgés entre 35 et 53 ans. Le groupe ayant des besoins élevés contient proportionnellement plus de jeunes de 34 ans et moins, comparé au groupe ayant des besoins modérés (37% vs. 18%). La majorité des participants sont de sexe masculin (76% des participants ayant des besoins élevés et 63% des participants ayant des besoins modérés). Dans l'ensemble des participants, 20% ont un enfant ou plus. Approximativement 20% des participants ont un diplôme d'études secondaires et 30% avaient fait des études postsecondaires. Plus de 70% ont déjà travaillé continuellement pendant au moins un an dans le passé mais la très grande majorité (94%) sont sans emploi à l'entrée et vivent en situation d'itinérance absolue à l'entrée dans l'étude. La plus longue période d'itinérance est de 37 mois pour les participants ayant des besoins élevés et de 25 mois pour les participants ayant des besoins modérés. Les participants ont vécu leur premier épisode d'itinérance vers l'âge de 35 ans et en moyenne, la plus longue période d'itinérance est de 61 mois pour les participants ayant des besoins élevés et 48 mois pour les participants ayant des besoins modérés. Les critères d'inclusion font en sorte qu'une plus grande proportion des participants ayant des besoins élevés ont des troubles psychotiques comparativement aux participants ayant des besoins modérés (64% vs. 19%). La présence d'abus de substance est très importante chez les participants mais semble être plus importante chez les participants ayant des besoins élevés comparativement aux participants ayant des besoins modérés (76% vs. 54%). Les participants ayant des besoins élevés sont hospitalisés plus souvent pour causes de troubles de santé mentale que les participants ayant des besoins modérés. Plus de 59% ont été hospitalisé à deux reprises ou plus dans une année au cours des cinq dernières années comparativement à 30%. Au cours des six derniers mois, 30% des participants ont eu des démêlés judiciaires.

Plusieurs ont été victimes de menace de vol (22%), ont été menacé d'agression physique (30%) et ont été victimes d'agression physique (28%).

Tableau XX Caractéristiques des participants ayant des besoins élevés et ayant des besoins modérés²⁰

	Échantillon complet N =469 %	Besoins élevés N=163 %	Besoins modérés N=306 %
ÂGE			
34 ans ou moins	24	37	18
35-54 ans	62	53	66
55 ans ou plus	14	10	16
SEXE			
masculin	68	76	63
féminin	32	24	36
autre	<1	<1	<1
PARENTALITÉ			
a un enfant ou plus	21	20	21
ÉDUCATION			
pas de diplôme d'études secondaires	49	56	45
études secondaires terminées	21	20	22
études postsecondaires	30	25	32
ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI			
travail continu pendant au moins un an dans le passé	78	70	83
Présentement sans emploi	94	96	94

²⁰ Ce tableau a également été présenté dans le rapport final du site de Montréal pour le projet Chez soi (Latimer et al., 2014)

	Échantillon complet N =469 %	Besoins élevés N=163 %	Besoins modérés N=306 %
DEGRÉ D'ITINÉRANCE À L'ENTRÉE			
itinérance absolue**	96	98	94
logement précaire	4	2	6
PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE			
année précédant l'étude	23	19	26
2008 ou avant	77	81	74
PLUS LONGUE PÉRIODE D'ITINÉRANCE	29	37	25
EN MOIS (limites inférieures et supérieures arrondies au nombre entier le plus proche)	(0-384)	(1-384)	(0-360)
DURÉE TOTALE DE L'ITINÉRANCE EN MOIS (limites inférieures et supérieures arrondies)	52 (0-384)	61 (1-384)	48 (0-360)
ÂGE AU PREMIER ÉPISODE D'ITINÉRANCE (limites inférieures et supérieures arrondies)	35 (9-70)	31 (11-69)	37 (9-70)
PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE À L'ENTRÉE			
Trouble psychotique	34	64	19
Autre trouble	60	31	74
Abus de substances	61	76	54
HOSPITALISATION POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE (à deux reprises ou plus dans une année au cours des 5 dernières années)	40	59	30
DÉMÊLÉS JUDICIAIRES (plus d'une arrestation, incarcération ou période de probation dans les 6 derniers mois)	29	35	25
VICTIMISATION			
vol ou menace de vol	22	24	21
menace d'agression physique	30	30	30
agression physique	28	31	27

5.2 Analyse coûts-conséquences

5.2.1 Conséquences de Housing First

L'impact de Housing First sur la stabilité résidentielle, objectif principal de l'intervention, est analysé dans cette section. Par la suite, les conséquences de Housing First sur l'utilisation de certains services de santé, de services sociaux, de sécurité publique et de justice

sont présentées. L'amélioration de la stabilité résidentielle peut être associée à la diminution de la fréquence d'utilisation de services.

5.2.1.1 Efficacité : Impact de Housing First sur la stabilité résidentielle

Cette section présente le pourcentage de temps passé en logement stable²¹ pour les participants ayant des besoins élevés (tableau XXI) et ceux ayant des besoins modérés (tableau XXII). Nous pouvons observer que Housing First a été très efficace pour améliorer la stabilité résidentielle des participants, et ce, dès le début de l'intervention. Dans les 6 mois suivant l'entrée dans l'étude, le pourcentage de temps passé en logement stable augmente de 6,44% à 48,78% pour le groupe HF ayant des besoins élevés et de 12,13% à 63,03% pour le groupe HF ayant des besoins modérés. Après les 6 premiers mois du début de l'étude, phase d'implantation des équipes Housing First, la stabilité résidentielle semble se stabiliser autour de 65% pour le groupe HF ayant des besoins élevés et 85% pour le groupe HF ayant des besoins modérés. Pour cette même période, la stabilité résidentielle des groupes SU varie entre 30% et 40%.

Tableau XXI Pourcentage de temps passé en logement stable par les participants ayant des besoins élevés

Période	Groupe services usuels	Groupe Housing First
	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)
3 mois précédant l'entrée dans l'étude	6,64% (1,72%-11,53%)	6,44% (1,89%-10,97%)
0 à 6 mois	8,38% (4,18%-12,58%)	48,78% (41,98%-55,59%)
6 à 12 mois	18,62% (11,27%-25,96%)	62,96% (53,66%-72,25%)
12 à 18 mois	29,86% (20,82%-38,89%)	65,62% (56,02%-75,21%)
18 à 24 mois	35,23% (24,85%-45,60%)	68,07% (58,35%-77,78%)
0 à 24 mois, annualisés	23,34% (16,95%-29,73%)	62,21% (55,17%-69,25%)

²¹ Ces données ne sont pas ajustées pour les différences de stabilité résidentielle entre les groupes HF et SU à l'entrée dans l'étude.

Tableau XXII Pourcentage de temps passé en logement stable par le groupe ayant des besoins modérés

Période	Groupe services usuels	Groupe Housing First
	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)
3 mois précédant l'entrée dans l'étude	6,45% (2,64%-10,26%)	12,13% (8,29%-15,96%)
0 à 6 mois	19,41% (13,13%-25,69%)	63,03% (59,19%-66,87%)
6 à 12 mois	36,91% (28,73%-45,09%)	85,71% (81,62%-89,81%)
12 à 18 mois	39,31% (30,64%-47,97%)	84,78% (80,52%-89,05%)
18 à 24 mois	40,42% (30,94%-49,91%)	84,79% (80,41%-89,17%)
0 à 24 mois, annualisés	34,01% (27,31%-40,71%)	79,58% (76,50%-82,66%)

La stabilité résidentielle des groupes SU s'améliore également au cours de la période de 24 mois d'observation de l'étude. Cela dit, les groupes HF ont passé en moyenne deux fois plus de temps en logement stable que les groupes SU. En moyenne, le groupe HF ayant des besoins élevés a passé 62,21% des nuits en logement stable comparativement à 23,34% pour le groupe SU. Pour leur part, le groupe HF ayant des besoins modérés ont passé 79,58% des nuits en logement stable, vs. 34,01% pour le groupe SU.

Au cours des six derniers mois de l'étude, les participants du groupe HF ayant des besoins élevés avaient approximativement deux fois plus de chance d'être logés que les participants du groupe comparable SU. Les participants HF ayant des besoins modérés avaient près de 2,5 fois plus de chance d'être logés que leurs homologues SU (tableau XXIII).

Tableau XXIII Stabilité résidentielle en terme de % de participants²²

	Besoins élevés		Besoins modérés	
	HF	SU	HF	SU
% de participants logés continuellement au cours de la période de 18 à 24 mois	60%	31%	72%	29%
% de participant jamais logés au cours de la période de 6 à 24 mois	21%	59%	7%	52%

²² Ces données sont également présentées dans (Latimer et al., 2014). Ces données n'ont pas été imputées.

5.2.1.2 Conséquences de Housing First sur l'utilisation de services

Le tableau XXIV présente la fréquence d'utilisation de différents services utilisés par les participants du projet Chez soi. Tous les services utilisés par les participants HF ne sont pas présentés dans cette section : il manque les visites auprès d'intervenants dans la communauté, les visites en clinique externe, les séjours en prison, les séjours en centre d'hébergement et les séjours en centre de réadaptation en dépendance. La fréquence d'utilisation de services du groupe SU ayant des besoins élevés est d'abord comparée avec la fréquence d'utilisation de services du groupe SU ayant des besoins modérés afin d'étudier l'utilisation de services entre les deux niveaux de besoins. Ensuite, l'impact de Housing First sur l'utilisation de services par les participants ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés est analysé.

Utilisation de services par les personnes itinérantes utilisant les services usuels : Comparaison entre les personnes ayant des besoins élevés avec celles ayant des besoins modérés

La fréquence d'utilisation de services est généralement plus élevée pour le groupe SU ayant des besoins élevés que pour le groupe SU ayant des besoins modérés. C'est le cas pour les séjours en logement social ($p < 0,01$), en refuge, les services hospitaliers, les visites à l'urgence, les visites en clinique externe, les transports ambulanciers, les contacts avec la police ainsi que les comparutions. Le nombre de jours passés en hospitalisation psychiatrique et le nombre de visites à une clinique externe d'hôpital sont nettement plus élevés chez les participants SU ayant des besoins élevés. Ces participants ont passé en moyenne 25.16 jours par année en hospitalisation psychiatrique, comparativement à 1.87 jours pour les participants SU ayant des besoins modérés. Ils ont effectué 10,48 visites par année, comparativement à 3,90 visites pour les participants SU ayant des besoins modérés. En revanche, les participants SU ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés ont passé approximativement le même nombre de jours en hospitalisation médicale (4,1 jours). Le groupe SU ayant des besoins modérés a passé plus de jours en logement social.

Tableau XXIV Comparaison de la fréquence d'utilisation de services entre les personnes itinérantes ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés basé sur les groupes recevant les services usuels du projet Chez Soi (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation)

Service (unité de mesure)	Groupe SU ayant des besoins élevés	Groupe SU ayant des besoins modérés	Différence SU ayant des besoins modérés et SU ayant des besoins élevés	Différence (%)
Logement social (nuits)*	36,39	52,88	16,49	45%
Refuge (nuits)	80,22	67,28	-12,94	-16%
Hospitalisation - médicale (jours)	4,11	4,10	-0,01	0%
Hospitalisation - psychiatrie (jours)	25,16	1,87	-23,29	-93%
Urgence (visites)	6,89	2,74	-4,15	-60%
Ambulance (transports)	1,41	1,08	-0,33	-23%
Banques alimentaires (visites)*	2,77	2,90	0,13	5%
Police (contacts sans arrestation)	15,24	9,92	-5,32	-35%
Arrestations	0,59	0,43	-0,16	-27%
Comparutions	1,60	0,73	-0,87	-54%

Note : Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative.

Impact de Housing First sur l'utilisation de services des participants ayant des besoins élevés

L'utilisation de services hospitaliers est généralement moindre pour le groupe HF comparativement au groupe SU. Cette différence est plus importante pour les hospitalisations en psychiatrie (16,66 vs. 25,16 annuellement) et les visites en clinique externe (2,73 vs. 10,48 annuellement). Par contre, le nombre de visites à l'urgence semble plus élevé chez le groupe HF (8,37 vs. 6,89 annuellement). Les contacts avec la police sont légèrement moins élevés chez le groupe HF (1,80 vs. 15,24 annuellement). Comparativement au groupe SU, le groupe HF a passé moins de nuits en refuge (29,21 vs. 80,22 annuellement ($p < 0,01$)) et moins de jours en logement social (6,95 vs 36,39 annuellement $p < 0,01$). L'impact de Housing First sur les visites aux urgences, les transports ambulanciers, les arrestations et les comparutions sont plus difficiles à observer dû à leur faible fréquence d'utilisation.

Tableau XXV Participants ayant des besoins élevés : Impact de Housing First sur la fréquence d'utilisation de services (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation)

Service (unité de mesure)	SU	HF	Différence entre HF et SU	Différence (%)
Logement social (nuits)*	36,39	6,95	-29,43	-81%
Refuge (nuits)*	80,22	29,21	-51,01	-64%
Hospitalisation - médicale (jours)	4,11	3,30	-0,81	-20%
Hospitalisation - psychiatrie (jours)	25,16	16,66	-8,50	-34%
Urgence (visites)	6,89	8,37	1,48	21%
Ambulance (transports)	1,41	1,40	-0,01	-1%
Banques alimentaires (visites)*	2,77	5,82	3,05	110%
Police (contacts sans arrestation)	15,24	11,80	-3,44	-23%
Arrestations	0,59	0,55	-0,04	-7%
Comparutions	1,60	1,30	-0,30	-19%

Note : Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative.

Impact de Housing First sur l'utilisation de services des participants ayant des besoins élevés

Les participants HF ayant des besoins modérés ont passé moins de nuits en refuge (19,94 vs. 67,28), moins de jours en logement social (7,57 vs 52,88), ont eu moins de contact avec la police (4,46 vs. 9,92) et ont utilisé plus de paniers alimentaires (6,39 vs. 2,90). L'effet de Housing First sur les visites aux urgences, les transports ambulanciers, les arrestations et les comparutions est difficile à observer dû à une fréquence d'utilisation faible pour ces services. Des observations similaires ont été observées chez les participants HF ayant des besoins élevés. Par contre, contrairement au participants HF ayant des besoins élevés, le nombre de jour en hospitalisation psychiatrique est plus élevé chez le groupe HF comparativement au groupe SU (5.17 vs. 1.87). Aussi, la différence entre le nombre de jour d'hospitalisation médical entre le groupe HF et SU est plus importante chez les participants ayant des besoins modérés (1.69 vs 4.10).

Tableau XXVI Participants ayant des besoins modérés : Impact de Housing First sur la fréquence d'utilisation de services (moyenne annualisée d'une période de 24 mois d'observation)

Service (unité de mesure)	SU	HF	Différence entre HF et SU	Différence (%)
Logement social (nuits)*	52,88	7,57	-45,31	-86%
Refuge (nuits)*	67,28	19,94	-47,35	-70%
Hospitalisation - médicale (jours)	4,10	1,69	-2,41	-59%
Hospitalisation - psychiatrie (jours)	1,87	5,17	3,30	176%
Urgence (visites)	2,74	2,20	-0,54	-20%
Ambulance (transports)	1,08	1,02	-0,07	-6%
Banque alimentaire (visites)*	2,90	6,39	3,49	120%
Police (contacts sans arrestation)	9,92	4,46	-5,45	-55%
Arrestations	0,43	0,30	-0,13	-31%
Comparutions	0,73	0,63	-0,10	-14%

Note : Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative. Cependant, l'absence d'astérisque ne signifie pas l'absence de différence statistiquement significative car l'analyse statistique est basée sur l'analyse d'intervalles de confiance.

Les coûts associés à l'utilisation de services sont présentés dans la prochaine section portant sur l'analyse des coûts d'utilisation de services.

5.2.2 Analyse de coûts

5.2.2.1 Comparaison des coûts d'utilisation de services entre les groupes recevant Housing First et les groupes recevant les services usuels

Le tableau XXVII compare les coûts entre les groupes HF et SU pour les participants ayant des besoins élevés et ceux ayant des besoins modérés. Les figures 5 et 6 présentent un résumé de l'analyse de coûts comparant les groupes HF et SU. L'analyse détaillée du modèle comparant le nombre d'utilisateurs et le coût d'utilisation de service parmi les utilisateurs pour les groupes HF et SU est présentée à l'annexe 12.

Comparaison des coûts d'utilisation de services entre les groupes HF et SU ayant des besoins élevés (figure 5)

Le coût total d'utilisation de services des participants ayant des besoins élevés est de 64 715,68 \$ (IC 99% : 55 520 \$ - 73 912 \$) par an pour le groupe SU et de 73 301,03 \$ (IC 99% : 61 962 \$ - 84 641 \$) par an pour le groupe HF. Une différence de plus de 10 000\$ est

observée pour le groupe recevant Housing First. Cette différence est non-significative ($p=0,124>0,05$). Cette augmentation de coût peut être expliquée par la hausse significative ($p<0,01$) du coût des visites des intervenants dans la communauté est attribuable en grande partie au coût des visites de l'équipe de suivi intensif de Housing First (15 623,30 \$ par participant annuellement). Une hausse significative ($p<0,01$) du coût d'utilisation de banques alimentaires est également observée quoique ces coûts représentent une part minime du coût total des groupes HF et SU. Ces augmentations de coûts sont compensée en partie par une diminution significative ($p<0,01$) des coûts de visites en cliniques externes et de séjours en refuge et en centre d'hébergement. Des augmentations de coûts de visites aux urgences, auprès d'organismes communautaires et de médicaments sont observées. La différence entre les paiements de transfert et les revenus d'emploi augmente légèrement avec HF. Parallèlement, le coût de séjours en centre d'hébergement, en logement social, en refuge, en centre de réadaptation en dépendance, en ressources résidentielles en santé mentale ainsi que les coûts de services hospitaliers diminuent avec Housing First. L'ensemble des coûts reliés à la justice (sécurité publique, justice et services correctionnels) diminue avec HF.

Comparaison des coûts d'utilisation de service entre les groupes HF et SU ayant des besoins modérés (figure 6)

Le coût total d'utilisation de services des participants ayant des besoins modérés est de 46 437,13 \$ (IC 99% : 39 675 \$ - 53 199 \$) par an pour le groupe SU et 47 746,42 \$ (IC 99% : 42 691 \$ - 52 802 \$) par an pour le groupe HF. L'augmentation du coût total observée est de 1 309,29 \$. Cette différence est non-significative ($p=0,690>0,05$). Tout comme pour les participants ayant des besoins élevés, cette augmentation est expliquée en grande partie par une hausse significative ($p<0,01$) du coût des visites auprès d'intervenants dans la communauté (6310,05 \$), principalement attribuable au coût des visites des équipes de soutien d'intensité variable de Housing First (7504,10 \$ par personne par année). Une hausse significative ($p<0,01$) du coût des visites en organismes communautaires (centre de jour et banques alimentaires) est également observée ($p<0,01$). Cette augmentation est compensée par une diminution significative du coût de séjour en refuge, en centre d'hébergement et en logements sociaux. Une diminution des coûts d'hospitalisation médicale est également observée. L'incertitude entourant les hospitalisations médicales est beaucoup plus élevée pour le groupe SU que pour le groupe HF. Contrairement au groupe ayant des besoins élevés, une augmentation du coût des

hospitalisations en psychiatrie et du coût des services correctionnels est observée pour le groupe HF.

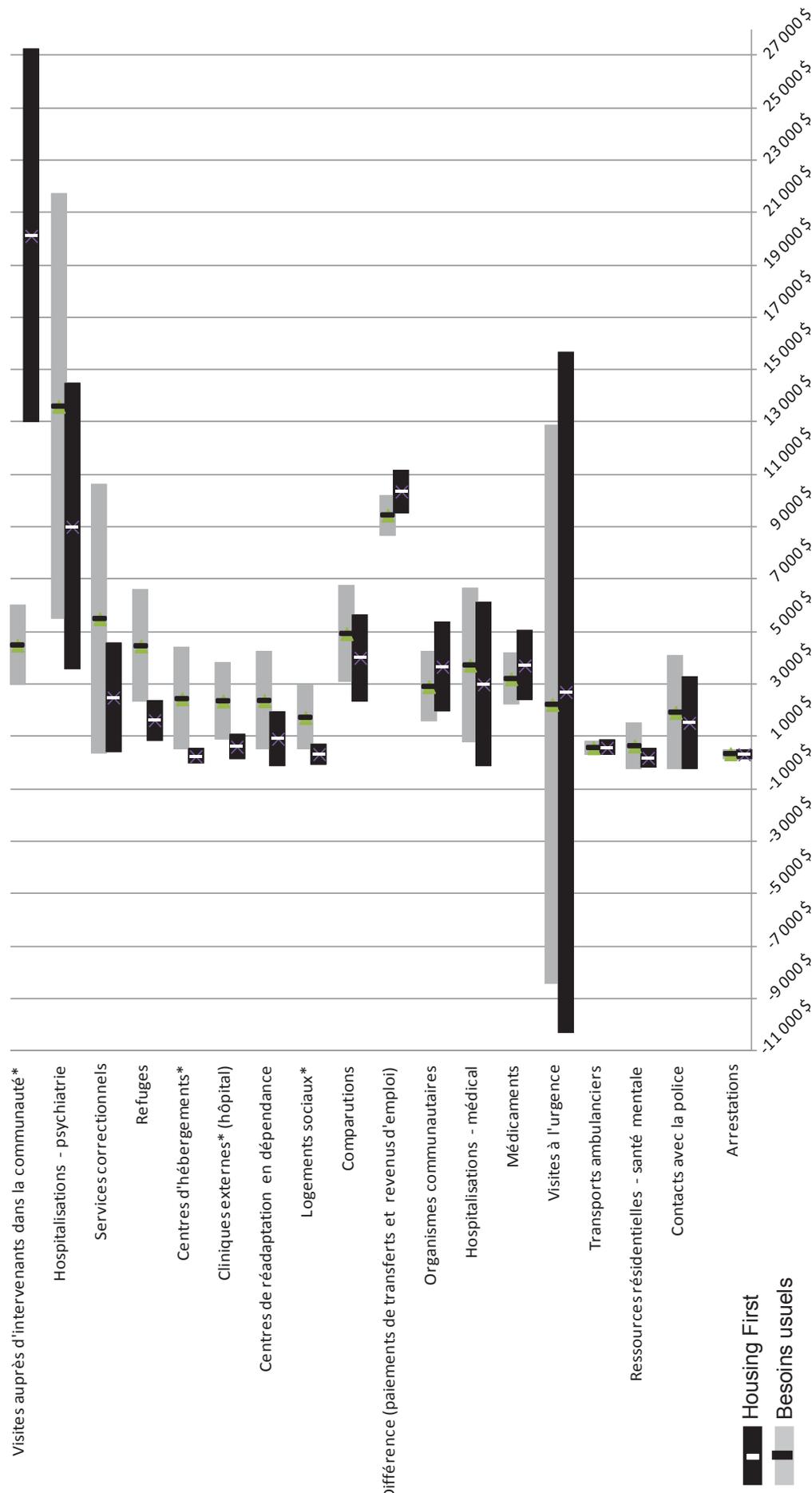
Tableau XXVII Comparaison des coûts des groupes recevant Housing First vs. les groupes recevant les services usuels pour les participants ayant des besoins élevés et les participants ayant des besoins modérés (Seuil de signification : $p < 0,01$)

	Groupe ayant des besoins élevés					Groupe ayant des besoins modérés						
	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%
SANTÉ & SERVICES SOCIAUX												
Centres d'hébergement	.*	0,0000	2,441.81 \$	486	4,398	SU	2,441.81 \$	486	4,398	SU	3,766.76 \$	1794.16
			245.38 \$	-50	541	HF	245.38 \$	-50	541	HF	1,223.32 \$	789.27
Logements sociaux	-	0,0155	1,728.76 \$	499	2,959	SU	1,728.76 \$	499	2,959	SU	2,512.38 \$	1189.56
			330.42 \$	-72	733	HF	330.42 \$	-72	733	HF	359.77 \$	22.53
Refuges	.*	0,0000	4,458.39 \$	2,322	6,595	SU	4,458.39 \$	2,322	6,595	SU	3,739.68 \$	2536.21
			1,623.27 \$	849	2,397	HF	1,623.27 \$	849	2,397	HF	1,108.03 \$	828.69
Hospitalisations - médical	-	0,5687	3,725.95 \$	788	6,664	SU	3,725.95 \$	788	6,664	SU	3,715.07 \$	-776.1
			2,991.15 \$	-131	6,113	HF	2,991.15 \$	-131	6,113	HF	1,530.45 \$	208.58
Hospitalisations - psychiatrie	-	0,4192	13,607.93 \$	5,489	21,727	SU	13,607.93 \$	5,489	21,727	SU	1,011.23 \$	-53.3
			9,009.23 \$	3,539	14,480	HF	9,009.23 \$	3,539	14,480	HF	2,793.60 \$	1233.3
Visites à l'urgence	+	0,5885	2,225.56 \$	-8,426	12,877	SU	2,225.56 \$	-8,426	12,877	SU	883.97 \$	270.09
			2,702.02 \$	-10,301	15,705	HF	2,702.02 \$	-10,301	15,705	HF	708.99 \$	191.95
Cliniques externes (hôpitaux)	.*	0,0008	2,358.67 \$	905	3,812	SU	2,358.67 \$	905	3,812	SU	877.17 \$	245.9
			614.35 \$	106	1,123	HF	614.35 \$	106	1,123	HF	722.12 \$	372.74
Transports ambulanciers	-	0,9969	575.27 \$	296	855	SU	575.27 \$	296	855	SU	441.47 \$	184.12
			570.69 \$	283	858	HF	570.69 \$	283	858	HF	414.19 \$	222.07
Centres de réadaptation en dépendance	-	0,1482	2,371.53 \$	488	4,255	SU	2,371.53 \$	488	4,255	SU	1,667.18 \$	360.15
			916.99 \$	-136	1,970	HF	916.99 \$	-136	1,970	HF	1,198.17 \$	552.26
Ressources résidentielles - santé mentale	-	0,1520	643.79 \$	-227	1,514	SU	643.79 \$	-227	1,514	SU	353.54 \$	-257.23
			184.98 \$	-209	579	HF	184.98 \$	-209	579	HF	133.20 \$	-150.77
Visites auprès d'intervenant dans la communauté	.*	0,0000	4,490.69 \$	2,972	6,009	SU	4,490.69 \$	2,972	6,009	SU	4,972.83 \$	3637.52
			20,113.99 \$	12,981	27,247	HF	20,113.99 \$	12,981	27,247	HF	11,282.88 \$	8952.27
Visites par une équipe de gestion de crise	+	0,9662	168.33 \$	-59	396	SU	168.33 \$	-59	396	SU	84.00 \$	2.94
			180.27 \$	-86	446	HF	180.27 \$	-86	446	HF	46.15 \$	15.37
Organismes communautaires	+	0,6435	2,910.18 \$	1,584	4,237	SU	2,910.18 \$	1,584	4,237	SU	3,045.01 \$	1599.71
			3,662.28 \$	1,933	5,391	HF	3,662.28 \$	1,933	5,391	HF	1,585.86 \$	847.9
Banques alimentaires	.*	0,0000	15.84 \$	5	27	SU	15.84 \$	5	27	SU	16.60 \$	9.27
			33.32 \$	19	47	HF	33.32 \$	19	47	HF	36.55 \$	27.08
Médicaments	+	0,394	3,208.72 \$	2,234	4,184	SU	3,208.72 \$	2,234	4,184	SU	2,981.90 \$	2073.4
			3,709.69 \$	2,357	5,063	HF	3,709.69 \$	2,357	5,063	HF	3,149.73 \$	2210.97

	Groupe ayant des besoins élevés					Groupe ayant des besoins modérés						
	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%	Impact sur les coûts	Valeur-p	Coût moyen	IC:99%
SÉCURITÉ PUBLIQUE												
Contacts avec la police	-	0,8078	1,924.59 \$	-262	4,111	SU	1,326.00 \$	-274.7	-	SU	1,326.00 \$	-274.7
Transports ou détentions par la police	-	0,3728	150.40 \$	40	261	SU	23.99 \$	-3.58	-	SU	23.99 \$	-3.58
Détentions dans une cellule du poste de police	-	0,5927	105.57 \$	30	181	SU	56.59 \$	17.44	-	SU	56.59 \$	17.44
Arrestations	-	0,3538	344.01 \$	156	532	SU	251.99 \$	87.92	-	SU	251.99 \$	87.92
JUSTICE												
Comparutions	-	0,7759	4,929.74 \$	3,057	6,803	SU	2,239.45 \$	1165.52	-	SU	2,239.45 \$	1165.52
SERVICES CORRECTIONNELS												
Services correctionnels	-	0,0687	2,488.51 \$	421	4,556	SU	1,943.10 \$	-568.25	-	SU	1,943.10 \$	-568.25
APPELS TÉLÉPHONIQUES												
Lignes d'écoutes, info-santé, 9-1-1)	+	0,9630	83.97 \$	-403	571	SU	26.01 \$	5.37	+	SU	26.01 \$	5.37
PAIEMENTS DE TRANSFERTS & REVENUS D'EMPLOI												
Différence entre les paiements de transferts et les revenus d'emploi	+	0,038	10,356.47 \$	9,511	11,202	SU	8,398.80 \$	7619.55	+	SU	8,398.80 \$	7619.55
						HF	8,898.40 \$	8292.37		HF	8,898.40 \$	8292.37

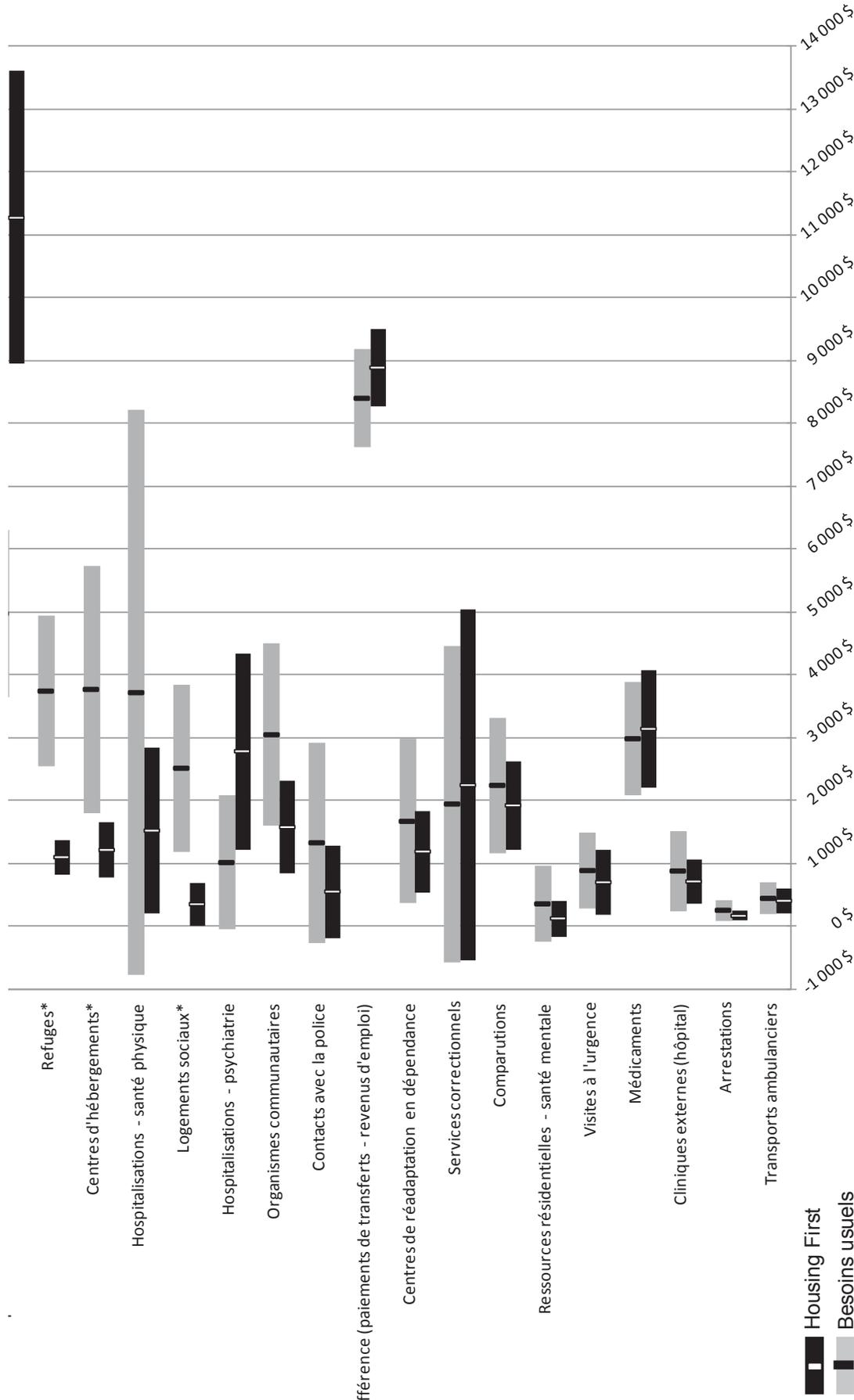
Note : Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative.

Figure 5 Analyse des coûts d'utilisation de services par les participants ayant des besoins élevés : Comparaison entre les groupes Housing First et Services usuels. (coût moyen annualisé, calculé à partir d'une période de 24 mois)



La ligne au milieu des barres représente le coût moyen annualisé pendant la période d'observation de 24 mois. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 99%. Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative (seuil de signification $p < 0,01$).

Figure 6 Analyse des coûts d'utilisation de service par les personnes ayant des besoins modérés: Comparaison entre les groupes Housing First et Services Usuels (coût moyen annualisé, calculé à partir d'une période de 24 mois)



La ligne au milieu des barres représente le coût moyen annualisé de la période d'observation de 24 mois. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 99%. Les astérisques (*) dénotent la présence d'une différence statistiquement significative (seuil de signification $p < 0,01$).

Le coût des hospitalisations psychiatriques est très élevé pour les groupes HF et SU ayant des besoins élevés comparativement aux groupes HF et SU ayant des besoins modérés. Par contre, les coûts d'hospitalisations médicales sont comparables entre ces groupes. L'intervalle de confiance du coût des visites à l'urgence pour les participants ayant des besoins élevés est très important, probablement dû au fait que seuls quelques individus utilisaient fréquemment l'urgence alors que plusieurs n'y sont jamais allés.

Housing First a généré une augmentation du coût total d'utilisation de services aussi bien pour le groupe ayant des besoins élevés que pour le groupe ayant des besoins modérés. Ces augmentations sont principalement attribuables au coût des visites effectuées par les équipes cliniques de Housing First. Des diminutions de coûts de services d'hébergement, de cliniques externes d'hôpitaux, de contacts avec la police et de comparutions sont observées avec Housing First aussi bien pour les participants ayant des besoins élevés que ceux ayant des besoins modérés.

5.2.2.2 Évolution du coût total moyen annualisé de l'utilisation de services

Dans cette section, les effets du temps et de l'intervention sur le coût total d'utilisation de services sont analysés. Les données présentées n'ont pas été ajustées pour les différences de coûts existant à l'entrée dans l'étude et n'incluent pas le coût des médicaments. Afin de faciliter la lecture des résultats, les coûts sont présentés sur une base annuelle pour les groupes ayant des besoins élevés (tableau XXVIII) et les groupes ayant des besoins modérés (tableau XXIX).

Pour l'ensemble des participants, on observe une tendance à la baisse du coût total pour les participants du groupe SU. En comparant le coût total moyen annualisé de la période de 24 mois suivant l'entrée dans l'étude avec le coût total moyen annualisé de la période précédant l'entrée dans l'étude²³, on observe une diminution de 8006,88 \$ pour le groupe SU ayant des besoins élevés et de 10 992,89 \$ pour le groupe SU ayant des besoins modérés. Pour les groupes HF, on observe une augmentation de 3594,98 \$ pour le groupe ayant des besoins élevés et une diminution de 9013,82 \$ pour le groupe ayant des besoins modérés.

²³ Trois mois précédant l'entrée dans l'étude pour les lieux d'hébergement et six mois précédant l'entrée dans l'étude pour le recours aux services.

Tableau XXVIII Coût total moyen annualisé par participant pendant différentes périodes, besoins élevés (\$)

Période	Groupe services usuels	Groupe Housing First
	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)
3 mois précédant l'entrée dans l'étude	70 037,66 (58 559,52-81 515,78)	64 196,36 (52 489,12-75 903,60)
0 à 6 mois	64 844,84 (55 345,12-74 344,56)	73 459,18 (61 438,40-85 479,98)
6 à 12 mois	64 953,30 (54 153,74-75 752,84)	62 024,38 (52 110,82-71 937,94)
12 à 18 mois	62 222,14 (51 049,80-73 394,48)	69 687,16 (58 773,72-80 600,60)
18 à 24 mois	56 102,84 (47 388,80-64 816,88)	65 994,62 (56 019,00-75 970,22)
0 à 24 mois, annualisés	62 030,78 (54 501,04-69 560,52)	67 791,34 (60 446,03-75 136,65)

Tableau XXIX Coût total moyen annualisé par participant pendant différentes périodes, besoins modérés (\$)

Période	Groupe services usuels	Groupe Housing First
	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)	Moyenne (IC 95% min – IC 95% max)
3 mois précédant l'entrée dans l'étude	57 808,21 (51 254,05-64 362,38)	56 331,75 (50 731,00-61 932,49)
0 à 6 mois	49 160,02 (43 316,80-55 003,24)	52 403,22 (47 445,34-57 361,10)
6 à 12 mois	45 350,78 (38 614,22-52 087,34)	49 064,08 (42 974,98-55 153,16)
12 à 18 mois	46 211,98 (37 610,76-54 813,22)	44 115,00 (39 396,40-48 833,60)
18 à 24 mois	46 538,48 (39 226,68-53 850,30)	43 689,42 (38 819,68-48 559,16)
0 à 24 mois, annualisés	46 815,32 (41 052,60-52 578,04)	47 317,93 (43 617,78-51 018,08)

Le coût total d'utilisation de services du groupe HF ayant des besoins élevés augmente considérablement dans les 6 mois suivant le début de l'intervention, qui correspond à la phase d'implantation des équipes Housing First, surtout pour les premiers participants assignés aux équipes de suivi intensif (9264 \$ en moyenne annualisée par participant). Par après, le coût total moyen annualisé d'utilisation de service du groupe HF ayant des besoins élevés varie autour du coût observé à l'entrée dans l'étude (64 196,36 \$). Le coût total moyen annualisé du groupe HF ayant des besoins modérés diminue continuellement au cours des 24 mois suivant l'entrée dans l'étude.

5.2.3 Bilan des conséquences et des coûts de Housing First auprès de personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale

Le bilan des conséquences et des coûts de Housing First auprès de participants ayant des besoins élevés est présenté dans le tableau XXX et le bilan des participants ayant des besoins modérés est présenté dans le tableau XXXI.

Participants ayant des besoins élevés

Le pourcentage de temps passé en logement des participants ayant des besoins élevés est 1,66 fois plus élevé avec Housing First. Deux fois plus de participants ont été logés continuellement au cours de la période de 18 à 24 mois. Il en résulte une diminution des séjours en refuge et à l'hôpital, ainsi que des contacts avec la police. La valeur des ressources libérées par Housing First est estimée à 13 896\$. Cela compense en partie les coûts de l'intervention (22 481\$). Le coût total du groupe HF est de 73 301\$ vs. 64 715\$, soit une augmentation de 8585\$ ($p > 0,05$). Il coûterait donc près de 8585\$ à la société pour améliorer la stabilité résidentielle et réduire l'utilisation de refuge, de services hospitaliers et de services de sécurité publique, qui sont généralement des expériences négatives pour les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale.

Tableau XXX Bilan des coûts et des conséquences auprès des personnes itinérantes ayant des besoins élevés

Conséquences	Housing First	Services Usuels	Différence relative aux services usuels (%)
Stabilité résidentielle			
% de temps passé en logement stable sur une période de 24 mois	62.21%	23.34%	166.54%
Utilisation de services (fréquence annuelle)			
Santé & Services sociaux			
Hospitalisation - physique (jours)	3.3	4.11	-20%
Hospitalisation - psychiatrie (jours)	16.66	25.16	-34%
Urgence (visites)	8.37	6.89	21%
Refuge (nuits)*	29.21	80.22	-64%
Banques alimentaires (visites)	5.82	2.77	110%
Ambulance (transports)	1.4	1.41	-1%
Sécurité publique			
Police (contacts sans arrestation)	11.8	15.24	-23%
Justice			
Comparutions	1.3	1.6	-19%
Résumé des coûts annuels par participant	Housing First	Services usuels	Différence (\$ / Housing First - Services usuels)
Coût de l'intervention Housing First			
Coût de l'équipe logement HF	\$ 6,582.50	n.a.	n.a.
Coût de l'équipe de suivi intensif HF	\$ 15,899.49	n.a.	n.a.
Coût total de l'intervention HF	\$ 22,481.99	n.a.	n.a.
Coût total d'utilisation de services	\$ 73,301.03	\$ 64,715.68	\$ 8,585.35
Coût total d'utilisation de services en excluant le coût de Housing First	\$ 50,819.04	\$ 64,715.68	-\$ 13,896.64

Participants ayant des besoins modérés

La stabilité résidentielle des participants ayant des besoins modérés est 1,34 fois plus élevée avec Housing First. Tout comme pour les participants ayant des besoins élevés, il en résulte une diminution des séjours en refuge et du nombre de jours d'hospitalisation pour des problèmes de santé physique. Par contre, le nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie a augmenté, ce qui peut être perçu négativement d'un point de vue clinico-administratif. Le nombre de visites auprès de banques alimentaires augmente, ce qui peut être perçu positivement.

En absence de logement, les personnes itinérantes peuvent difficilement faire des provisions de nourriture et cuisiner; ces activités, faisant partie de la vie courante, peuvent être considérées comme un signe d'intégration dans la société. Le nombre de contact avec les services de sécurité publique et de justice a diminué. La valeur des ressources libérées avec Housing First est de 11 855\$. Le coût total du groupe HF est de 47 746\$ vs. 46 437\$ pour le groupe SU; il coûterait donc près de 1309\$ ($p>0,05$) afin d'améliorer la stabilité résidentielle et réduire l'utilisation de refuge, de services de sécurité publique et les hospitalisations en santé physique par les personnes itinérantes ayant des besoins modérés.

Tableau XXXI Bilan des coûts et des conséquences auprès des personnes itinérantes ayant des besoins modérés

Conséquences	Housing First	Services Usuels	Différence relative aux services usuels (%)
Stabilité résidentielle			
% de temps passé en logement stable sur une période de 24 mois	79.58%	34.01%	134%
Utilisation de services (fréquence annuelle)			
Santé & Services sociaux			
Hospitalisation - physique (jours)	1.69	4.1	-59%
Hospitalisation - psychiatrie (jours)	5.17	1.87	176%
Urgence (visites)	2.2	2.74	-20%
Refuge (nuits)*	19.94	67.28	-70%
Banques alimentaires (visites)	6.39	2.9	120%
Ambulance (transports)	1.02	1.08	-6%
Sécurité publique			
Police (contacts sans arrestation)	4.46	9.92	-55%
Justice			
Comparutions	0.63	0.73	-14%
Résumé des coûts annuels par participant	Housing First	Services usuels	Différence (\$ / Housing First - Services usuels)
Coût de l'intervention Housing First			
Coût de l'équipe logement HF	\$ 6,582.50	n.a.	n.a.
Coût de l'équipe de soutien d'intensité variable HF	\$ 7,504.10	n.a.	n.a.
Coût total de l'intervention HF	\$ 14,086.60	n.a.	n.a.
Coût total moyen	\$ 47,746.42	\$ 46,437.13	\$ 1,309.29
Coût total d'utilisation de services en excluant le coût de Housing First	\$ 33,659.82	\$ 46,437.13	-\$ 12,777.31

Le coût à payer par la société pour améliorer la stabilité résidentielle des personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale est plus élevée pour les personnes ayant des besoins élevés comparativement à celles ayant des besoins modérés. La valeur des ressources libérées par Housing First est comparable. Cela dit, de plus grands gains au niveau de la stabilité résidentielle et de la réduction des hospitalisations en psychiatrie peuvent être obtenus avec Housing First.

5.3 Analyse coût-efficacité

Les analyses révèlent que Housing First coûte plus cher à la société mais que l'intervention permet d'augmenter la stabilité résidentielle de approximativement 4 mois et demi pour les participants ayant des besoins élevés et de 5 mois et demi pour les participants ayant des besoins modérés. Housing First engendre une augmentation du coût total d'utilisation de service considérablement plus importante pour les participants ayant des besoins élevés. En mettant en relation le coût et l'efficacité de l'intervention, nous obtenons des rapports coût-efficacité différentiel (RCED) de 49,85 \$ et de 3,65 \$ par journée additionnelle en logement pour le groupe ayant des besoins élevés et le groupe ayant des besoins modérés. Notons que l'erreur-type autour de ces valeurs est élevée, d'où les valeurs dispersées dans le plan coût-efficacité (figure 7 et figure 8). Il en résulte que le décideur devrait être disposé à payer près de 150 \$ par journée additionnelle en logement stable pour le groupe ayant des besoins élevés et près de 50 \$ pour le groupe ayant des besoins modérés (tableau XXXII) afin de s'assurer que Housing First sera coût-efficace.

Tableau XXXII Rapport coût-efficacité différentiel (RCED)

	Groupe besoins élevés		Groupe besoins modérés	
	Valeur	Ecart-type	Valeur	Ecart-type
Rapport coût-efficacité différentiel (RCED)	49,85 \$		3,65 \$	
Différence de coûts	7013,00 \$	4946,61 \$	597,83 \$	3183,11 \$
Différence de jours en logement stable	140,67	17,43	164,33	12,71

Figure 7 Plan coût-efficacité du groupe ayant des besoins élevés

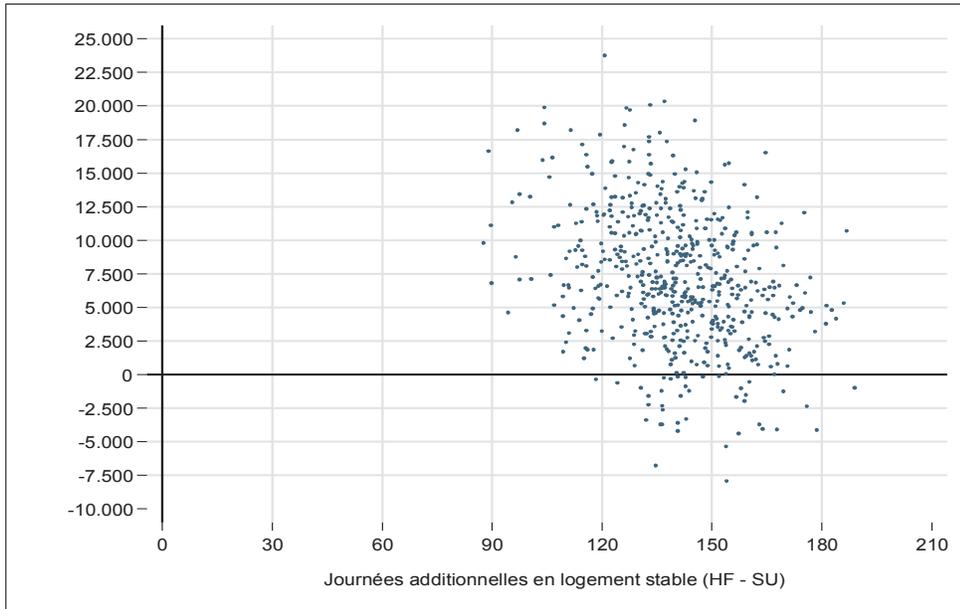


Figure 8 Plan coût-efficacité du groupe ayant des besoins modérés

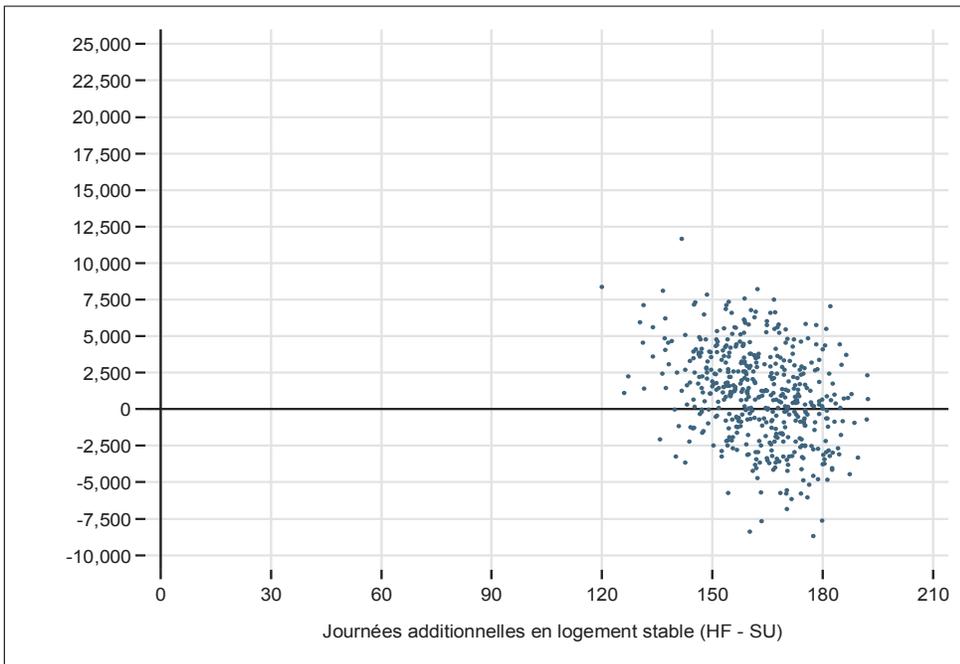


Figure 9 Courbe d'acceptabilité coût-efficacité pour le groupe ayant des besoins élevés

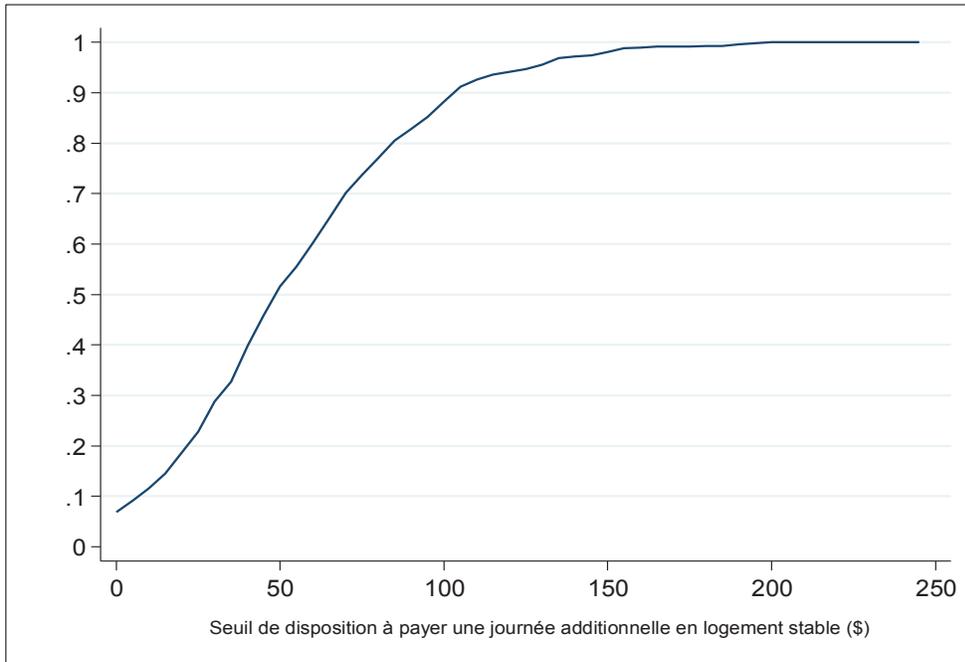
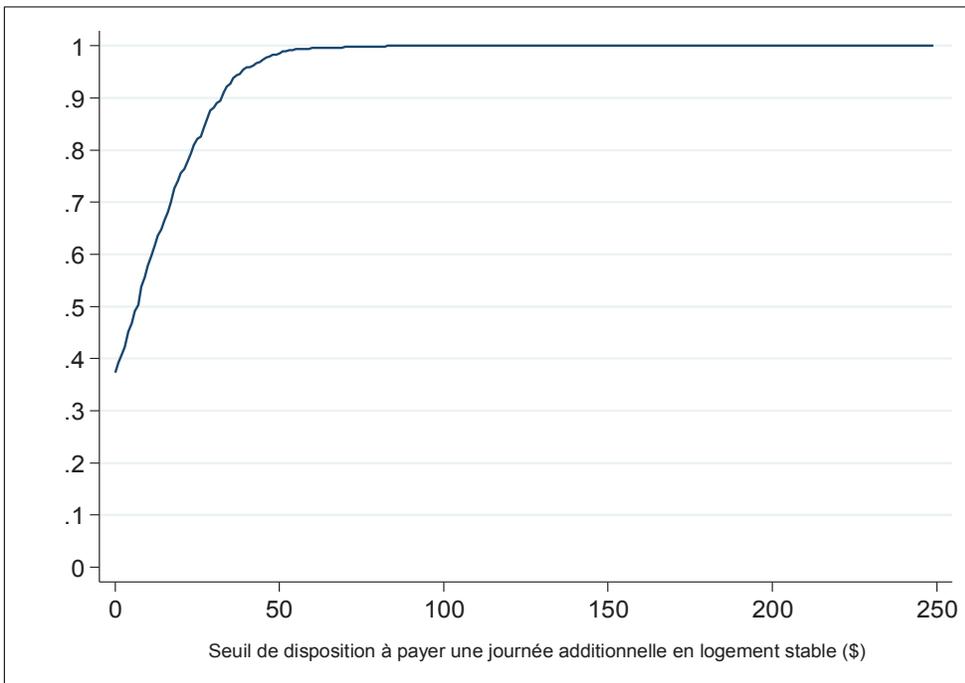


Figure 10 Courbe d'acceptabilité coût-efficacité pour le groupe ayant des besoins modérés



Dans le plan coût-efficacité pour les participants ayant des besoins élevés (figure 9), il semble y avoir une relation négative entre la différence de coût et la différence de jours en logement stable. Les personnes ayant eu moins de journées additionnelles en logement stable tendent à avoir des coûts plus élevés.

Pour un grand nombre des échantillons imputés du groupe ayant des besoins modérés (figure 10), Housing First génère en fait une diminution du coût total d'utilisation de services. Il y a une probabilité non-négligeable de près de 40% que Housing First permettrait en fait de réaliser des économies pour les personnes avec des besoins modérés. Pour les personnes ayant des besoins élevés, les résultats montrent que Housing First génère une augmentation des coûts qui peut être importante.

5.4 Analyse d'impact budgétaire

Le nombre estimé de personnes itinérantes ayant des besoins élevés à Montréal été estimé à 572 et le nombre estimé de personnes itinérantes ayant des besoins modérés à 1410 (annexe 4). Le coût annuel moyen par personne de Housing First (tableau XXXIII) est de 22 481,99 \$ pour les personnes ayant des besoins élevés et de 14 086,60 \$ pour les personnes ayant des besoins modérés.

Tableau XXXIII Coût moyen annuel moyen par personne de Housing First

Service	Groupe ayant des besoins élevés	Groupe ayant des besoins modérés
Équipe logement et supplément au loyer	6 582,50 \$	6 582,50 \$
Équipe de suivi intensif	15 899,49 \$	n.a.
Équipe de soutien d'intensité variable	n.a.	7 504,10 \$
Total	22 481,99 \$	14 086,60 \$

Pour l'ensemble des personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale à Montréal, le budget annuel à prévoir est de 12 859 699 \$ pour les personnes ayant des besoins élevés et de 19 862 110 \$ par année pour les personnes ayant des besoins modérés. Le nombre d'équipes de suivi intensif nécessaire est de 7,15 et le nombre d'équipes de soutien d'intensité variable est de 14,10. Basé sur la moyenne annualisée sur de la période d'observation de 24 mois du projet Chez soi, l'impact budgétaire prévu est une augmentation annuelle du coût total

d'utilisation de services de 748 913 \$ pour les personnes itinérantes ayant des besoins élevés et de 1 846 098 \$ pour les personnes ayant des besoins modérés. Les résultats de l'analyse de sensibilité effectuée sur le nombre estimé de personnes ayant des troubles de santé mentale sont présentés dans les tableaux XXXIV et XXXV.

Tableau XXXIV Personnes itinérantes ayant des besoins élevés: Analyse d'impact budgétaire et analyse de sensibilité sur le nombre de personnes à Montréal

	n	Budget Housing First	Impact sur le coût total des services	Nombre d'équipe de suivi intensif nécessaires
Aucune variation	572	12 859 699,36 \$	748 913,88 \$	7,15
-25%	286	6 429 849,68 \$	374 456,94 \$	3,58
25%	715	16 074 624,20 \$	936 142,35 \$	8,94

Tableau XXXV Personnes itinérantes ayant des besoins modérés : Analyse d'impact budgétaire et analyse de sensibilité sur le nombre de personnes à Montréal

	N	Budget Housing First	Impact sur le coût total des services	Nombre d'équipe de soutien d'intensité variable nécessaires
Aucune variation	1410	19 862 110,14 \$	1 846 098,90 \$	14,10
-25%	705	15 849 804,28 \$	923 049,45 \$	7,05
25%	2115	47 549 412,85 \$	2 769 148,35 \$	21,15

Chapitre 6 Discussion

6.1 Impact de Housing First sur la stabilité résidentielle, l'utilisation de services de santé, de services sociaux et de justice ainsi que les coûts qui y sont associés

Cette recherche vient appuyer l'efficacité démontrée de Housing First à loger les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale à peu de coût pour la société. Cette recherche a permis d'avancer l'état des connaissances en élargissant le cadre de l'intervention aux personnes ayant des besoins modérés et en étudiant l'intervention dans le contexte d'un système de santé publique. Cette recherche a démontré que Housing First engendrait très peu de coût pour la société pour les personnes ayant des besoins modérés et des coûts plus élevés pour les personnes ayant des besoins élevés. Des diminutions de coûts d'utilisation de services de santé, de services sociaux et de justice ont permis de compenser pour une grande partie des coûts liés à Housing First.

La forte présence de personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale fréquentant les refuges et vivant dans la rue soulignait déjà une lacune quant aux efforts mis dans la lutte contre l'itinérance. Contexte socio-politique défavorable, manque d'intégration dans le travail des systèmes utilisés par les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale, manque de ressources, plusieurs causes peuvent être mises de l'avant. Ce mémoire démontre que Housing First peut améliorer la stabilité résidentielle des personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale et souligne par le fait même la nécessité de réviser l'allocation des ressources en itinérance et en santé mentale.

Stabilité résidentielle

Au cours des 24 mois de suivi du projet Chez soi, les participants ayant des besoins élevés ont passé une moyenne de 62,21% de leurs nuits en logement avec Housing First versus 23,24% de leurs nuits avec les services usuels. Au cours de la période de 21 et 24 mois, 60% des participants HF étaient logés continuellement versus 31% pour les participants SU.

Au cours des 24 mois de suivi du projet Chez soi, les participants ayant des besoins modérés ont passé une moyenne de 79,58% de leurs nuits en logement avec Housing First versus 34,01% de leurs nuits avec les services usuels. Au cours de la période de 21 et 24 mois, 72% des

participants du groupe HF étaient logés continuellement versus 29% des participants du groupe SU.

Les participants HF du groupe ayant des besoins modérés ont obtenus de meilleurs résultats au niveau de la stabilité résidentielle que les participants ayant des besoins élevés. Une explication logique est que les participants ayant des besoins modérés ont un plus grand niveau d'autonomie et qu'une moins grande proportion de ce groupe avait des problèmes de dépendance. Par contre, la moyenne nationale du projet At home / Chez soi est la même pour les participants HF ayant des besoins modérés et ceux ayant des besoins élevés : 72% de leurs nuits a été passée en logement stable (P. Goering et al., 2014). Cela peut être expliqué par les défis rencontrés par l'équipe de suivi intensif au moment de l'implantation (Fleury, Vallée, Hurtubise, Landry, & Grenier, 2012) ainsi qu'une moins bonne fidélité au modèle Housing First. La fidélité au modèle est associée de meilleurs résultats au niveau de la stabilité résidentielle (Goering et al., 2014)

Les études américaines recensées se sont attardées aux taux de rétention des programmes Housing First. La mesure la plus comparable utilisée pour ce mémoire est le pourcentage de participants logés continuellement au cours de la période de 18 à 24 mois. Ce taux est de 60% pour les participants ayant des besoins élevés et de 72% pour les participants ayant des besoins modérés. En comparaison, les études américaines ont observé des taux de rétention de plus de 80% après 12 mois (Pearson et al., 2009; Stefancic & Tsemberis, 2007). Dans trois programmes Housing First (Pathways to Housing à New York, Downtown Emergency Service Center à Seattle et REACH à San Diego), un taux de rétention de 84% a été observé après 12 mois. Par contre, de ces participants, seulement 50% ont été logé continuellement au cours de cette période (Pearson et al., 2009). Dans le programme Pathways et Consortium, le taux de rétention était de 92% et 88% après 20 mois (Stefancic & Tsemberis, 2007). Basé sur ces observations, les résultats sur la stabilité résidentielle du projet Chez soi à Montréal ne nous semblent pas très différents des résultats obtenus dans la littérature.

Il est important de noter que les périodes d'observation du projet Chez soi et de l'ensemble des études recensées sont relativement courtes. Les résultats du projet Chez soi à Montréal semblent indiquer une augmentation lente mais continue de la stabilité résidentielle pour les participants HF du projet. Ainsi, une période d'observation plus longue aurait peut-être

permis d'observer de meilleurs résultats au niveau de la stabilité résidentielle. Mais ces résultats sont incertains. Après 47 mois, le programme Pathways avait un taux de rétention de 73.8% et le programme Consortium de 57% (Stefancic & Tsemberis, 2007). Avant le début de l'étude, Consortium n'avait aucune expérience avec le programme Housing First, alors que Pathways avait plusieurs années d'expérience. Cela dit, Consortium a vécu quelques défis au niveau de l'application du modèle Housing First, notamment au niveau des politiques d'accès au programme : Un participant en situation de crise pouvait être évincé de son logement et ne plus recevoir de services d'équipe de logement.

Malgré une autonomie moindre chez les participants ayant des besoins élevés, le groupe SU ayant des besoins élevés a réussi à atteindre un niveau de stabilité résidentielle comparable avec celui du groupe SU ayant des besoins modérés. La présence de trouble de santé mentale étant plus marquée chez ces participants, une plus grande portion de ces participants a eu accès aux ressources résidentielles en santé mentale, compensant en partie pour leur manque d'autonomie.

Finalement, dans l'interprétation des résultats, il est très important de noter que la mesure de stabilité résidentielle utilisée par le projet Chez soi ne tient pas compte de la qualité des logements ni de la préférence des personnes ayant des troubles de santé mentale pour les logements indépendants. Des séjours prolongés en maison de chambres (plus de six mois) ou en logement supervisé sont considérés comme des séjours en résidence stable. Il est très important de tenir compte de la qualité et de la préférence des participants dans l'interprétation des résultats.

Impact de Housing First sur les coûts d'utilisation de services

Tout d'abord, soulignons que le coût total d'utilisation de services par les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale (64 715,68\$/an pour le groupe SU ayant des besoins élevés et de 46 437,13\$/an pour le groupe SU ayant des besoins modérés) se rapproche du coût total d'utilisation de service (56 349\$/an pour des personnes ayant des troubles de santé mentale graves) estimé dans une étude canadienne précédente (Patterson et al., 2008) si l'on tient compte de l'ajout du coût des médicaments et des paiements de transfert et du niveau de besoins.

L'impact net de Housing First sur les coûts d'utilisation de services, en incluant le coût de l'intervention, est une augmentation des coûts de 8585\$ pour les personnes ayant des besoins

élevés et de 1309\$ pour les personnes ayant des besoins modérés. L'augmentation des coûts observée pour les participants ayant des besoins élevés est comparable à l'augmentation de 6200\$ observée dans l'analyse des coûts du programme HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003). Par contre, cette augmentation des coûts semble élevée comparativement aux études qui n'ont relevée aucune augmentation du coût net d'utilisation de services (Basu et al., 2012; Larimer et al., 2009; McLaughlin, 2011) et comparativement à celles qui n'ont observé qu'une légère augmentation des coûts (Culhane et al., 2002; Gilmer et al., 2009). Les difficultés rencontrées au niveau de l'implantation de l'équipe de suivi intensif (Fleury et al., 2012) peuvent expliquer une partie de cette augmentation importante du coût de Housing First pour les participants ayant des besoins élevés. Dans les premiers six mois suivant l'entrée dans l'étude, une augmentation du coût moyen annualisé de près de 10 000\$ a été observée. Cela dit, aucune différences observées dans ces études et le projet Chez soi ne sont significatives. Un échantillon plus grand aurait peut être permis d'observer une différence statistiquement significative.

Housing First a permis de diminuer le coût d'utilisation de service d'hébergement d'urgence ($p < 0,01$), le coût de visites en clinique externe d'hôpitaux chez les participants ayant des besoins élevés ($p < 0,01$) ainsi que le coût de contact avec la police et le coût de comparution. À l'exclusion du coût de visites en clinique externe d'hôpitaux, ces diminutions de coûts sont consistantes avec la littérature. Les études américaines n'ont pas départagé le coût des équipes cliniques de Housing First, souvent affiliées à un hôpital, du coût des visites effectuées en clinique externe et dans les centres de santé communautaires. Cela explique pourquoi ces études ont observé une augmentation du coût des visites en clinique externe.

Le coût des hospitalisations des participants ayant des besoins élevés diminue avec Housing First, conformément à ce qui a été observé dans la littérature (Culhane et al., 2002; Gilmer et al., 2009; Larimer et al., 2009; Mares & Rosenheck, 2009). Cependant, pour les participants ayant des besoins modérés, une augmentation des coûts d'hospitalisation en psychiatrie est observée. Quoiqu'une diminution des coûts d'hospitalisation ait été souhaitable d'un point de vue financier, l'augmentation du coût d'hospitalisation de certains patients n'est pas indésirable. Une part importante du travail des intervenants des équipes cliniques de Housing First est de connecter leurs patients aux ressources dont ils pourraient bénéficier. Ainsi, lors de la conférence du projet Chez soi à Montréal, Nancy Keays, chef d'équipe de soutien d'intensité

variable du CSSS Jeanne-Mance, raconte l'hospitalisation volontaire d'un patient comme d'un point positif dans leur intervention.

Les séjours en prison semblent diminuer avec Housing First pour les participants ayant des besoins élevés et semblent peu affectés pour les participants ayant des besoins modérés. L'incarcération des participants peut avoir été le fait de crimes commis avant l'entrée dans l'étude. Ainsi, il est difficile d'évaluer l'impact de Housing First sur les séjours en prison. Cela dit, la diminution des séjours en prison pour les participants ayant des besoins élevés du projet Chez soi concorde avec ce qui a été observé dans d'autres études (Culhane et al., 2002; Gilmer et al., 2009) et vient appuyer l'association entre Housing First et la diminution des séjours en prison qui a été observée dans plusieurs études.

L'analyse de coûts réalisée dans ce mémoire a également permis d'observer l'impact de Housing First sur les coûts des médicaments et sur la différence entre les paiements et les revenus d'emplois, ce qui n'avait jamais été réalisé précédemment. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour ces variables. Le coût des médicaments est légèrement plus élevé pour les groupes HF comparativement aux groupes SU. Par contre, cette différence n'est pas statistiquement significative. Le coût des médicaments des participants ayant des besoins élevés est d'approximativement 3500\$ et d'approximativement 3000\$ pour ceux ayant des besoins modérés. La différence entre les paiements de transfert et les revenus d'emploi est légèrement plus élevée pour les groupes HF comparativement aux groupes SU mais pas de façon significative.

Résultat de l'analyse coût-efficacité

L'analyse coût-efficacité montre que le coût additionnel d'une journée en logement stable est de 49,85\$ pour les personnes ayant des besoins élevés et de 3,65\$ pour les personnes ayant des besoins modérés. Le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) du programme HUD-VASH sur une population ayant des troubles de santé mentale graves est de 45\$ (Rosenheck et al., 2003). Ce coût est semblable au rapport coût-efficacité différentiel (RCED) observé chez les participants ayant des besoins élevés. Cette dernière étude, ainsi que l'analyse présentée dans ce

mémoire, sont les seules à avoir réalisé une analyse coût-efficacité à date²⁴. Le rapport coût-efficacité différentiel se rapprochant de zéro pour les participants ayant des besoins modérés démontre qu'il ne coûterait pas très cher de loger ces personnes. Beaucoup d'attention a été portée sur les personnes ayant des troubles de santé mentale graves ayant des besoins élevés. La pensée générale était qu'en visant les grands utilisateurs de services, de plus grandes économies de coûts pourront être réalisées. Les résultats obtenus pour les participants ayant des besoins modérés suggèrent que Housing First pourrait être aussi coût-efficace pour cette population et peut-être même plus. En fait, il y a une probabilité de 40% que Housing First permettrait d'économiser des coûts pour la société.

6.2 Forces de l'étude

Les grandes forces du plan de l'étude sont 1) la répartition aléatoire des participants à un groupe expérimental et un groupe témoin; 2) l'inclusion d'un grand nombre de variables de coûts; 3) l'inclusion de données administratives 4) la rigueur avec laquelle les coûts unitaires ont été estimés; et 5) les taux de suivi très élevés et comparables entre les groupes expérimentaux et témoins.

1) *Groupe témoin*

La présence d'un groupe témoin a permis de contrôler pour la présence de biais de régression vers la moyenne et la présence de biais de sélection qui sont dans la majorité des études réalisées à ce jour sur le logement indépendant avec support.

2) *Inclusion d'un grand nombre de variable de coûts*

Un grand nombre de coûts unitaires ont été estimés, ce qui a permis de conclure avec plus de certitude l'impact net de l'intervention sur les coûts sociétaux. Parmi les coûts sociétaux mesurés, soulignons la présence des coûts de justice et de sécurité publique. Les évaluations économiques recensées ont été réalisées dans le cadre d'évaluations en santé publique et n'ont inclus que les coûts d'utilisation des services correctionnels (Culhane et al., 2002; Rosenheck, 2000; Larimer et al., 2009) Seules les études de Basu et McLaughlin ont inclus d'autres coûts lié

²⁴ Deux articles sont présentement en préparation pour l'analyse coût-efficacité de Housing First. Un article portera sur les personnes ayant des besoins élevés et l'autre article portera sur les personnes ayant des besoins modérés. Évidemment, les résultats présentés dans ce mémoire feront l'objet d'article.

à la justice (Basu et al., 2012; McLaughlin, 2011). Bien que les séjours en prison soient coûteux, les services correctionnels sont en réalité très peu utilisés. Les personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale ont beaucoup plus d'interaction avec la police et les services de justice, ce qui engendre plusieurs coûts à la société. Après 24 mois de suivi, 89% des participants ont rapporté au moins une interaction avec les forces policières et 40% ont été arrêtés (Roy, 2013). Ces interactions, souvent visibles et parfois médiatisées, génèrent beaucoup d'intérêt auprès du public. Cette étude a également pu mesurer l'impact de l'intervention Housing First sur les coûts liés à l'aide sociale, les pensions et les revenus de travail ainsi que les médicaments, ce qui n'avait jamais été effectué dans les études précédentes.

3) Inclusion de données administratives pour des centres de coûts importants

Des données administratives obtenues auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec ont été utilisées pour calculer les coûts des hospitalisations et des médicaments que les participants se sont procurés dans la communauté. Ces données comprennent l'ensemble des hospitalisations et des médicaments constituant des dépenses pour le gouvernement. Ces centres de coûts représentent une part importante des coûts d'utilisation de services par des personnes itinérantes avec troubles de santé mentale (31.74% du coût du groupe SU ayant des besoins élevés et 16.60% du groupe SU ayant des besoins modérés).

4) Rigueur dans le calcul des coûts unitaires

Comme il a été observé dans l'étude de Basu (Basu et al., 2012), un manque de rigueur et de cohérence dans les coûts unitaires utilisés peut fortement biaiser les résultats de recherche. Les coûts directs et indirects sont inclus dans tous les coûts unitaires utilisés pour la réalisation de cette étude. L'inclusion des coûts indirects n'est pas mentionnée dans la grande majorité des études de coûts recensées. Seules les études de BAH (Debra Srebnik et al., 2013) et REACH (Gilmer et al., 2009) ont mentionné les coûts indirects dans leurs études. Aussi, dans plusieurs études, les coûts unitaires utilisés n'étaient pas présents dans l'article ni facilement repérables dans les sources données (Gilmer et al., 2009; Rosenheck, 2000; Larimer et al., 2009; Mares & Rosenheck, 2009; Debra Srebnik et al., 2013). Il est ainsi difficile de conclure sur l'impact net de Housing First sur les coûts totaux. L'évaluation économique du projet At Home / Housing First a permis de conclure sur l'impact net de l'intervention Housing First sur les coûts sociétaux.

5) *Faible taux de mortalité expérimentale*

Les études utilisant des données auto-rapportées sont sujettes à la perte de vue des participants. Les études HUD-VASH (Rosenheck et al., 2003) et CICH (Mares & Rosenheck, 2009) ont eu une attrition différentielle. L'équipe d'intervieweurs du projet At Home / Chez Soi à Montréal a réussi à obtenir un excellent taux de rétention tout au long de l'étude. Le taux de rétention est au-dessus de 90% tout au long de l'étude jusqu'à la période de 21 mois²⁵. Le taux de mortalité est non-différentiel entre les groupes expérimentaux et les groupes témoins, ce qui augmente la validité interne de l'évaluation économique.

6.3 Limites de l'étude

Des limites inhérentes à l'échantillon, le nombre limité de coûts sociétaux inclus, la période d'observation relativement courte et le fait que la majorité des données sont auto-rapportées ainsi que d'autres facteurs liés au devis de recherche constituent les limites observées dans le plan expérimental du projet Chez Soi. Cela dit, étant donné que les programmes de logement tendent à évoluer vers des modèles de logement indépendant avec support externe (G. Nelson, 2010) et que les personnes itinérantes avec troubles de santé mentale tendent à préférer ce type de programme qui leur permet une plus grande autonomie, la démonstration que Housing First est efficace et potentiellement coût-efficace est une réalisation en soi.

Limites inhérentes à l'échantillon

L'échantillon était trop petit, considérant la grande variance dans plusieurs types de coûts, pour détecter une différence statistiquement significative entre les groupes témoins et expérimentaux pour plusieurs variables. Néanmoins, les résultats semblent indiquer que l'intervention Housing First engendrerait peu ou pas de coût sociétal pour les personnes itinérantes ayant des besoins modérés et des coûts un peu plus importants pour les personnes itinérantes ayant des besoins élevés.

Les participants du projet sont ceux qui ont accepté de participer au projet Chez Soi, de répondre à plusieurs questionnaires et de révéler des détails de leur vie personnelle. De plus, les

²⁵ Le taux de rétention à 24 mois est de 51.17% pour deux questionnaires, soit l'historique professionnel et le calendrier résidentiel rétrospectif. Cela est dû au fait que, après qu'environ la moitié des entrevues de 24 mois aient été effectuées, pour des raisons budgétaires, la dernière entrevue a été faite à 21 mois.

participants devaient être capables de répondre aux questionnaires au moment du recrutement. Ces personnes ne sont pas nécessairement représentatives des personnes itinérantes à Montréal. Malheureusement, il s'est avéré impossible de collecter des données sur les personnes qui ont refusé de participer à l'étude ou qui n'y étaient pas admissibles. L'absence de ces personnes dans l'échantillon du projet At Home / Chez limite la validité externe de l'étude. Cela dit, cela n'implique pas que ces personnes ne bénéficieraient pas de Housing First.

Cette évaluation économique a été réalisée à Montréal. L'organisation des services de santé et de services sociaux pour les personnes itinérantes est différente d'une ville à l'autre. Par exemple, la ville de Toronto administre plusieurs refuges alors que les refuges à Montréal sont principalement financés par des dons privés²⁶. De plus, les caractéristiques socioculturelles des personnes itinérantes varient d'une province à l'autre. À Winnipeg, une grande portion des personnes itinérantes est autochtone. Les conséquences de Housing First et les diminutions de coûts observées à Montréal ne sont peut-être pas comparables d'une ville à l'autre. L'équipe du Dr. Eric Latimer mène présentement une étude sur le coût de l'itinérance au Canada basé sur les résultats des cinq villes impliquées dans le projet At Home / Chez Soi. Une évaluation de type coût-conséquence pour chaque site, à laquelle l'auteure de ce mémoire a contribué, est en voie d'être diffusée par la Commission de la santé mentale du Canada.

Coûts sociétaux non-inclus

Plusieurs coûts sociétaux auraient pu être inclus dans l'évaluation économique. Nous avons choisi de ne pas inclure les coûts dont la valeur monétaire est plus subjective tel que le fardeau d'héberger un proche ou le fardeau social d'avoir des personnes dormant dans des endroits publics. Cela dit, ces coûts ne sont pas négligeables pour la société et leur inclusion aurait probablement favorisé Housing First. Aucune étude n'a mesuré ces coûts importants. Comme les études précédentes, l'évaluation économique de Housing First à Montréal se concentre principalement sur l'utilisation de services.

²⁶ L'étude *System context of the homeless and mentally ill* analyse les réseaux de services disponibles aux personnes itinérantes dans cinq provinces canadiennes

Période d'observation relativement courte

La période d'observation relativement courte (deux ans) peut créer un biais à l'encontre de l'intervention Housing First. La relation cause à effet est difficile à établir pour certaines variables de justice et de services correctionnels. Par exemple, un participant peut avoir été incarcéré ou été en cour pour un crime commis avant son entrée dans l'étude. Ainsi, il est difficile de conclure sur l'impact de Housing First pour ces variables.

Les équipes cliniques ont suivi les participants du projet At Home / Chez Soi sur une période de 3 ½ ans. Ces équipes cliniques ont été implantées pour l'étude. Une période d'apprentissage a été nécessaire avant que les équipes fonctionnent à leur plein potentiel.

Une période d'observation plus longue aurait permis une meilleure analyse des variables de justice. Les équipes cliniques étant plus efficaces et les participants ayant vécu en appartement plus longtemps, il est possible qu'une meilleure stabilité résidentielle et de plus grandes diminutions de coûts aient été observées.

Facteurs liés aux données auto-rapportées

Il est possible que les participants HF aient minimisé leur utilisation de services afin de favoriser le programme. Cela dit, les hospitalisations, qui sont parmi les coûts les plus importants après ceux de Housing First, sont basées sur la base de données Med-ECHO, qui contient les données administratives de la Régie de l'assurance maladie.

Limites des données administratives

Les données administratives ne comprennent pas les hospitalisations qui ont eu lieu à l'extérieur du Québec et qui constituent des dépenses pour le gouvernement. La grande majorité des participants sont demeurés au Québec et parmi la minorité qui a voyagé à l'extérieur de la province, nous croyons que très peu de participants ont dû être hospitalisés. Notons que les participants du groupe témoin, ne recevant pas Housing First, sont plus susceptibles d'avoir voyagé à l'extérieur de la province et ainsi, d'avoir eu une hospitalisation non comptabilisée dans les coûts. La non-comptabilisation des hospitalisations à l'extérieur du Québec rend notre estimé de l'impact de Housing First plus conservateur.

Biais lié au suivi

L'interaction entre les intervieweurs et les participants pourrait avoir nui à la validité externe de l'étude. Si le travail des intervieweurs se limite à administrer des questions et non effectuer une intervention, l'administration des questionnaires constitue en quelque sorte un suivi. Les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale sont fortement marginalisées. Plusieurs vivent isolées et ressentent beaucoup de solitude. Le simple fait d'être suivi et de parler à quelqu'un pourrait avoir un effet bénéfique et affecter les résultats de recherche. Le biais lié au suivi, s'il est assez grand, pourrait influencer l'évolution du groupe témoin, qui ne représenterait plus ce qui se passe avec les services usuels. Si ce biais était substantiel, il rendrait l'estimé de l'effet de l'intervention conservateur. Il faut reconnaître, toutefois, que les intervieweurs sont unanimes à exprimer l'opinion que leurs contacts avec les participants n'ont pas eu d'effet notable sur leur trajectoire de vie.

Absence de comparaison avec d'autres interventions possibles auprès de personnes itinérantes avec troubles de santé mentale

Cette évaluation économique a démontré que Housing First était efficace auprès de populations itinérantes avec troubles de santé mentale à Montréal comparativement aux services existants. Comme le décrivent de nombreux organismes communautaires, les services présents sont insuffisants et la présence de nombreuses personnes itinérantes dans les rues de Montréal en témoigne. Un des enjeux principaux est sûrement l'accès. Dans un autre contexte où plus de personnes auraient accès aux services, cette évaluation économique n'aurait peut-être pas démontré la même efficacité comparativement aux services usuels. D'autres études pourraient comparer Housing First avec d'autres types d'intervention auprès de personnes itinérantes avec troubles de santé mentale. Le choix de ces études et des interventions à implanter devraient tenir compte des préférences exprimées par les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale.

Interprétation du ratio coût-efficacité

Peu d'analyses coût-efficacité ont été réalisées sur les programmes de logement. Ainsi, l'interprétation du coût pour une journée additionnelle en logement est difficile à interpréter pour le décideur dû à l'absence de comparateurs. L'utilisation de QALY comme mesure d'efficacité aurait permis une comparaison directe avec ces autres interventions. Cependant, tel qu'il a été

discuté dans la section méthode (3.2.1), les données de qualité de vie collectées par le projet Chez Soi (EQ-5D et EQ-6D) se sont avérées inutilisables jusqu'à présent, notamment dû à un changement dans la façon de répondre. Guido Powell, étudiant de maîtrise en épidémiologie à l'Université McGill est présentement entrain d'étudier ce phénomène. S'il s'avère qu'il y a eu un *response shift* et qu'un ajustement permet de mieux capturer l'amélioration de la qualité de vie attendue auprès des groupes recevant Housing First, malgré les limites du QALY en santé mentale, il serait pertinent de réaliser une analyse coût-utilité. Étant donné la présence importante des QALY dans l'allocation des ressources en santé, l'utilisation des QALY permettrait de mieux inclure la santé mentale dans le processus d'allocation des ressources.

Limites de l'analyse coûts-conséquences

L'interprétation des conséquences de Housing First est limitée pour certaines variables et mériterait une analyse plus approfondie. Dans la majorité des cas, une diminution du nombre de jour d'hospitalisation peut être perçue comme une conséquence positive. Cependant, dans certains cas, une hospitalisation nécessaire et volontaire peut être perçue comme positive : Tel que mentionné précédemment, Nancy Keays, chef de l'équipe de soutien d'intensité variable du CSSS Jeanne-Mance a considéré l'hospitalisation volontaire d'un participant comme un succès de l'intervention de son équipe.

L'inclusion des résultats sur la qualité de vie permettrait d'enrichir l'analyse coût-conséquences. L'analyse coûts-conséquences réalisée a dû se limiter aux résultats analysés pour ce mémoire. Un autre projet de recherche pourrait inclure les résultats des mesures de qualité de vie obtenus par le projet Chez Soi, de même que les résultats de l'analyse des données qualitatives.

Absence d'information pour l'analyse d'impact budgétaire

L'impact budgétaire de Housing First a été estimé sur une base annuelle pour toutes les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale qui pourraient bénéficier de Housing First. L'information présentement disponible ne permet pas d'évaluer l'impact budgétaire de Housing First à long terme. Des données quant au nombre de personnes rentrant et sortant du cycle de l'itinérance et des données sur le pourcentage de personnes qui pourront cesser de recevoir Housing First et vivre sans support dans la communauté auraient permis d'évaluer l'impact budgétaire à long terme de Housing First.

Malheureusement, l'absence de recensement périodique à Montréal fait que nos estimés ne peuvent être qu'approximatifs. De plus, le dernier recensement n'est plus à jour. L'ajustement pour tenir compte de l'accroissement de la population est conservateur. Plusieurs organismes œuvrant en itinérance observent un accroissement visible et constant du nombre de personnes sans-abri visitant leurs ressources (Despars et al., 2010). Aucune étude n'a encore été réalisée sur l'effet à long terme de Housing First sur les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale et nous ne savons pas quel pourcentage de ces personnes pourra « graduer » de programme à long terme et cesser de recevoir l'intervention. Par exemple, est-ce que les services de support sont nécessaires à long terme? Est-il possible pour certains de cesser le programme de supplément au loyer ? Il sera important de diriger les études futures sur Housing First dans ce sens.

Variabilité du coût de Housing First pour chaque personne, présentant un défi supplémentaire à la planification budgétaire

Le coût de l'intervention va varier d'une personne à l'autre, ce qui peut représenter un défi supplémentaire lors de la planification budgétaire. Par exemple, devrait-on conserver le budget de logement prévu pour une personne qui n'est pas logée par Housing First parce qu'elle a été perdue de vue ou qu'elle a été hospitalisée ou devrait-on accueillir une nouvelle personne ?

Limite inhérente à l'essai pragmatique

Le plan expérimental du projet At Home / Chez Soi est un essai pragmatique à répartition aléatoire. L'étude s'est déroulée dans le milieu naturel des personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale afin de permettre aux décideurs d'évaluer l'efficacité de Housing First dans la pratique. En réalité, le milieu naturel est très difficile à définir. Bien que le système public vise l'équité, en pratique, les services disponibles ne sont pas les mêmes pour tous. Diverses raisons peuvent être mis en cause pour expliquer l'hétérogénéité existant dans les services offerts à différents individus (contraintes budgétaires, critères d'éligibilité, variation dans les pratiques, etc.). L'utilisation d'un échantillon plus large aurait permis de mieux contrôler pour la variabilité des services disponibles aux participants. Les résultats de l'évaluation économique de l'ensemble de l'échantillon du projet At Home / Chez Soi (n=2148) permettra de mieux valider les conclusions tirées de cette évaluation économique.

Notons que l'utilisation de certaines de ces ressources a très certainement pu contribuer à améliorer la stabilité résidentielle du groupe HF. Sans ces ressources, il est possible que Housing First n'ait pas été aussi efficace. L'utilisation de ces ressources fait peut-être partie du coût à payer pour assurer l'efficacité de Housing First. Des analyses supplémentaires pourraient identifier les ressources qui ont pu contribuer à améliorer la stabilité résidentielle des participants.

6.4 Impact sur les politiques gouvernementales sur l'itinérance

Le projet At Home/Chez Soi, qui a évalué Housing First dans cinq grandes villes canadiennes a démontré que Housing First pouvait améliorer le bien-être et la stabilité résidentielle des personnes itinérantes avec troubles de santé mentale et que des diminutions de coûts de services de santé, de services sociaux et de services de justice pouvaient être réalisées, compensant en grande partie le coût de l'intervention. La recherche effectuée pour ce mémoire a fortement contribué à cette analyse de coûts. L'évaluation économique nationale de Housing First, démontrant des réductions de coûts au niveau de services déjà très achalandés, a joué un grand rôle pour convaincre le gouvernement conservateur qu'il était coût-efficace de financer des programmes de type Housing First. Au printemps 2013, le gouvernement fédéral a renouvelé le financement de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI), en donnant priorité à l'approche Housing First. L'octroi de 119 millions de dollars par année sur cinq ans, de mars 2014 à mars 2019, représentant près de 600 millions de dollars de financement renouvelé a été annoncé. De ce financement, 65% ira à l'implantation de Housing First dans les provinces. La priorisation de Housing First par rapport à d'autres interventions (ex : logement supervisé, programme de transition) suscite plusieurs inquiétudes de différents groupe qui seront adressés dans des études supplémentaires:

- 1) *Quelle est l'efficacité de Housing First auprès de populations qui ont été moins étudiées, telles que les femmes et les jeunes ? Est-ce que Housing First, avec le soutien d'intensité variable, pourrait bénéficier des personnes en situation d'itinérance chronique qui ne souffrent pas de troubles mentaux ?* Le groupe Homes for women demande une analyse de l'impact de Housing First auprès des femmes avant que Housing First ne soit implanté. Selon leurs statistiques, 25% à 30% des personnes en situation d'itinérance sont des femmes (Homes for women, 2013). Les

femmes représentaient 32% de l'échantillon du projet At Home / Chez Soi. Des études supplémentaires pourront être réalisées sur les femmes avec troubles de santé mentale en situation d'itinérance. Les personnes itinérantes sans troubles de santé mentale représenteraient plus de 50% de la population itinérante.

- 2) *Est-ce que les critères d'accès aux programmes Housing First permettront d'inclure les personnes en situation d'itinérance cachée ?* L'itinérance cachée se caractérise par des périodes d'itinérance plus épisodiques. Ces personnes se retrouvent en situation de logement inadéquat (ex : couch surfing) et ne sont pas identifiées par les méthodes standards de décompte de personnes itinérantes, qui identifient les personnes hébergées dans les refuges ou dans la rue. Les femmes sans abri vont, dans plusieurs cas se loger chez des partenaires abusifs (Homes for women, non-daté). Il ne faudrait pas limiter l'accès aux personnes utilisant les refuges ou dormant dans la rue. Les centres de jour et les soupes populaires, que les personnes en situation d'itinérance cachée sont susceptibles d'utiliser éventuellement, peuvent aussi jouer un rôle important dans le référencement de clients. Cependant, les personnes en situation d'itinérance cachée sur une longue période, peuvent être difficiles à identifier et orienter (par exemple : les femmes qui logent chez des partenaires abusifs).
- 3) *Est-il possible d'implanter Housing First dans les villes canadiennes où le taux d'inoccupation est très faible ?* Quelques villes sont préoccupées, surtout que le financement du SPLI ne permet pas la construction de nouveaux logements. Vancouver a un des taux d'inoccupation les plus bas au pays (British Columbia Apartment Owners & Managers Association, 2013) et le projet At Home / Chez Soi a démontré qu'il était possible d'implanter Housing First dans un tel contexte avec un supplément au loyer suffisant pour permettre aux utilisateurs de services de trouver un logement. Néanmoins cela peut représenter un défi de taille et la construction de nouveaux logements pourrait s'avérer nécessaire.
- 4) *L'absence relative d'études sur des modèles alternatifs.* Au cours de la dernière décennie, la majorité des études sur l'hébergement de personnes itinérantes ont comparé l'intervention Housing First avec les services usuels. Peu d'études ont comparé le logement indépendant avec le support interne vs. le support externe

(Housing First), ou les logements regroupés vs. les logements dispersés (tel qu'utilisait par le projet Chez Soi). De plus, différents modèles de services de support existent. Il existe un grand nombre de combinaisons de modèles de logement et de services de support. Il n'y a pas de modèle unique pour solutionner l'itinérance et le fait que d'autres modèles de logements et d'hébergements n'aient pas été évalués avec autant de rigueur que Housing First avec le projet At Home/Chez Soi n'implique pas nécessairement qu'ils sont moins efficaces à agir sur la stabilité résidentielle et le bien-être. Par exemple, les hôtels de chambres seuls construits à Vancouver ont été très efficaces à améliorer la stabilité résidentielle et diminuer le nombre de personnes itinérantes dans les rues de Vancouver; cependant, selon les témoignages qui circulent dans les médias, plusieurs de ces logements sont délabrés et la vie dans ces logements est perçue comme non-sécuritaire dû à la présence de trafic de drogue, de voisins difficiles et dans certains cas, de prostitution. Plusieurs études ont démontré que les personnes itinérantes préféreraient vivre en logement indépendant dispersés, tel qu'étudié avec le projet Chez Soi. De plus, Housing First augmente la perception du choix, ce qui est important pour le bien-être. Nelson caractérise l'évolution vers le logement avec support comme un changement transformatif. Le logement avec support considère les personnes avec troubles mentaux graves comme des personnes compétentes capables de faire leur propre choix, et non comme des patients qui sont malades et qui ont besoin qu'on prenne soin d'eux (Nelson, 2010). Le logement n'est plus un environnement thérapeutique. C'est dans ce contexte que le modèle Housing First s'est développé et que les évaluations de ce modèle, mis de l'avant par plusieurs chercheurs, ont été réalisées.

- 5) Les organismes communautaires s'inquiètent de l'impact de la diminution du financement disponible pour financer des interventions autres que Housing First. Plusieurs organismes, tel que le Réseau Solidarité Itinérance, croient que le travail de rue, l'aide alimentaire, les programmes d'insertion, la rénovation et la construction de centres de jour et de logement social font également partie de la solution pour lutter contre l'itinérance. La grande majorité des organismes communautaires québécois œuvrant en itinérance se sont mobilisées pour demander une politique plus générale dans l'orientation du SPLI. Ils craignent qu'une diminution de leurs services affecte

négalement les populations itinérantes ayant des troubles de santé mentale. Ces préoccupations sont légitimes. Les services offerts par les centres de jour et les programmes d'aide alimentaire ont définitivement contribué au maintien en logement et au bien-être des participants de projet Chez Soi. Comment une diminution de ces services affectera l'efficacité de Housing First durant la transition des services vers Housing First est difficile à estimer. Plusieurs personnes préconisant Housing First, telles que Claudette Bradshaw, ancienne ministre responsable des sans-abris, croient qu'il aurait été préférable de prévoir un budget de transition. Le SPLI devra analyser attentivement les possibilités de réallocation afin de ne pas nuire aux personnes itinérantes sous sa responsabilité. Somme toute, l'obstacle principal pour les personnes itinérantes demeure l'accès au logement. Son coût, ainsi que la discrimination à laquelle font face les personnes itinérantes, représentent des défis importants. Une stratégie de lutte à l'itinérance priorisant le logement semble raisonnable dans ce contexte.

- 6) Alors que Housing First est en phase d'implantation dans plusieurs provinces canadiennes, les chercheurs s'inquiètent de la fidélité au modèle des nouveaux programmes. Considérant toutes les données dans leur ensemble, l'étude At Home/Chez Soi conclut qu'une plus grande fidélité au modèle Housing First est associée à une plus grande stabilité résidentielle, une meilleure qualité de vie et un meilleur fonctionnement dans la société (Goering, 2014). Le SPLI devra veiller à la fidélité au modèle lors de l'octroi de subventions, s'il veut atteindre ses objectifs.

Ces différents éléments sont importants et méritent d'être pris en compte par le SPLI, les gouvernements provinciaux et municipaux afin de s'assurer qu'aucune personne itinérante ne sera laissée pour compte avec l'orientation des priorités vers Housing First. Dans la décision d'octroi de fonds, le SPLI devra faire des choix judicieux afin de minimiser l'impact négatif de la diminution de l'offre de service de certains services par les organismes communautaires. L'approche Housing First a été priorisée. Cela dit, il n'y a pas de modèle unique à l'implantation de Housing First dans les villes canadiennes. Tel que spécifié dans le Plan d'action économique de 2013, plusieurs organisations pourront implanter des programmes Housing First : les organismes sans but lucratif; les particuliers; les administrations municipales; les entreprises à but lucratif; les organisations et instituts de recherche; les établissements de santé publique et

d'enseignement; les bandes et conseils tribaux; et d'autres organisations autochtones (et au Québec, les organismes de santé et de services sociaux) sont admissibles au financement prévu par le SPLI. Le grand nombre d'organisations pouvant implanter des programmes Housing First peut mener à une perte de fidélité au modèle, la tâche de l'assurance fidélité étant plus difficile à accomplir. Le SPLI devra faire attention à ce point. Évidemment, d'autres efforts doivent être mis au niveau de la prévention et la réduction de la pauvreté, que ce soit au niveau de l'éducation, la santé, les services sociaux et le logement abordable pour mettre fin à l'itinérance. Mais ultimement, pour les personnes présentement en situation d'itinérance au Canada, Housing First est une solution qui pourrait être rapidement efficace dans le grand défi de mettre fin à l'itinérance au Canada.

Le rapport coût-efficacité incrémental des personnes ayant des besoins modérés est de 3,65\$ par journée additionnelle en logement stable, ce qui est très peu considérant le rôle important que joue la stabilité résidentielle dans le rétablissement. De plus, il y a une probabilité importante de 40% que Housing First permette en fait de générer une diminution du coût total d'utilisation de services par les personnes ayant des besoins modérés. Le rapport coût-efficacité incrémental des personnes ayant des besoins élevés est pour sa part beaucoup plus élevé, soit 49,85\$ par journée additionnelle en logement stable. Ce coût ne doit pas dissuader les décideurs à financer des programmes Housing First. Comparativement aux prix payés par le système de santé publique pour des médicaments et des interventions en santé qui n'ont démontré qu'une faible efficacité, les bénéfices que peut tirer une personne itinérante ayant des troubles de santé mentale d'une journée en logement n'ont pas un coût élevé. Outre l'amélioration de la stabilité résidentielle et une diminution de l'utilisation de certaines ressources, plusieurs autres bénéfices ont été observés par le projet Chez soi à Montréal, notamment dans les analyses qualitatives menées par Christopher McAll : *Les participants des groupes Logement d'abord (HF) étaient de même deux fois plus susceptibles d'affirmer avoir réduit leur utilisation de substances. Une proportion plus élevée de participants des groupes Logement d'abord (HF) soutenaient par ailleurs avoir rétabli des liens avec leur famille. Ils étaient également deux fois moins susceptibles que leurs pairs des groupes recevant les services habituels de mentionner avoir eu des idéations suicidaires. Au contraire, ils rapportaient avoir davantage de confiance en l'avenir et considéraient désormais la vie dans la rue comme faisant partie de leur passé* (Latimer et al., 2014). Aussi, une diminution des contacts avec la police et des niveaux de crime exprimé en termes de comparution et de séjours en prison dans cette étude, sont des résultats appréciables.

En vue de l'implantation de programmes Housing First à Montréal, un financement annuel de 12 859 699,36\$ incluant 7 équipes de suivi intensif a été estimé afin de desservir 572 personnes itinérantes ayant des besoins élevés et un financement annuel de 19 862 110,14\$ incluant 14 équipes de soutien d'intensité variable a été estimé pour desservir 1410 personnes itinérantes ayant des besoins modérés. Le coût sociétal annuel devrait être de 748 913,88\$ pour les personnes ayant des besoins élevés et de 1 846 098,90\$ pour les personnes ayant des besoins modérés, ce qui est bien en-dessous du financement nécessaire pour les équipes Housing First.

Chapitre 7 Conclusion

L'évaluation économique de Housing First pour le site de Montréal de projet At Home / Chez Soi auprès de personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale a permis de faire les constats suivants :

- L'approche Housing First peut améliorer la stabilité résidentielle de personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale dans le contexte d'un système de santé publique.
- Des réductions au niveau des nuits en refuge et en centre d'hébergement, des séjours hospitaliers, des visites en clinique externe et des contacts avec la police ont été observées, compensant en grande partie les coûts de l'intervention Housing First.
- En comparant les groupes recevant Housing First avec les groupes recevant les services usuels, de plus grands gains au niveau de la stabilité résidentielle ont été obtenus avec les participants ayant des besoins modérés. De plus, l'intervention a été plus coût-efficace pour cette population.

L'évaluation économique réalisée par le projet pan-canadien At Home / Chez Soi ainsi que l'évaluation économique réalisée dans le cadre de ce mémoire, ont démontré que Housing First pouvait améliorer la stabilité résidentielle des personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale et réduire le coût d'utilisation de plusieurs ressources. Considérant l'importance croissante de l'itinérance au Canada et de son coût sociétal, ces évaluations économiques ont permis de soutenir l'implantation de l'approche Housing First dans le plan d'action économique du Canada via la Stratégie de partenariats de lutte contre l'itinérance. À ce stade, les études futures devraient s'orienter sur le développement des connaissances des pratiques de Housing First qui pourront faciliter l'implantation de programmes Housing First, optimiser les pratiques et assurer la fidélité au modèle. Une analyse des personnes pour qui l'intervention Housing First s'est révélée être moins efficace pourrait donner des pistes de solutions pour optimiser l'intervention auprès de ces personnes. Des études évaluant le programme Housing First à plus long terme devraient également être réalisées. Après deux ans de vie en résidence stable, la santé et la qualité de vie des participants du projet Chez soi continuaient encore à s'améliorer. À plus long terme, il est envisageable que plusieurs personnes recevant Housing First réussissent à

réintégrer le marché du travail, améliorant le rapport coût-efficacité de l'intervention. Housing First est définitivement une piste de solution à considérer dans la lutte contre l'itinérance. Il pourrait en résulter une meilleure allocation des ressources.

Le plan d'action de l'Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance, « Un plan, pas un rêve », souligne l'importance d'interventions priorisant le logement, telle que Housing First :

« Un logement sûr, abordable et convenable est non seulement une nécessité de base pour l'être humain et sa santé, mais aussi un moyen de réduire une injustice de santé systémique et d'abaisser les coûts de soins de santé à long terme qui y sont associés(Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance, p. 9). »

Housing First, intégrant des services de logement à des services de suivi clinique dans la communauté, permet d'éviter une mauvaise utilisation des ressources, voir gaspillage, engendré par le mode d'opération en silo de plusieurs services utilisés par les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale. Il y a certainement un coût associé à l'établissement de programmes Housing First. Cela dit, les diminutions de coûts d'utilisation d'autres services qu'il serait désirable d'éviter (hospitalisations, contacts avec la police, etc.) compense une partie importante du coût de l'intervention, tout en améliorant la stabilité résidentielle de la population extrêmement vulnérable que sont les personnes itinérantes ayant des troubles de santé mentale.

Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *Système d'information des ressources humaines du Ministère de la santé et des services sociaux*.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). Espace montréalais d'information sur la santé: Statistiques interactives (Publication no. <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/statistiques-interactives/ressources/ressources-financieres/activites-principales-m30/centre-dactivites/>).
- Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance. Un plan, pas un rêve : Une fin à l'itinérance en 10 ans.
- American Hospital Association. (2008). *American Hospital Association: Underpayment by Medicare and Medicaid Fact Sheet*. Retrieved from <http://www.aha.org/research/policy/finfactsheets.shtml>.
- Asselt, A. I., Mastrigt, G. P. G., Dirksen, C., Arntz, A., Severens, J., & Kessels, A. H. (2009). How to Deal with Cost Differences at Baseline. *Pharmacoeconomics*, 27(6), 519-528. doi: 10.2165/00019053-200927060-00007
- Association des banques alimentaires du Québec. (2010). Rapports annuels.
- Banques alimentaires Canada. (2010). Rapport annuel.
- Barber, J., & Thompson, S. (2004). Multiple regression of cost data: use of generalised linear models. *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(4), 197-204. doi: 10.1258/1355819042250249
- Basu, A., Kee, R., Buchanan, D., & Sadowski, L. S. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Services Research*, 47(1 PART 2), 523-543. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01350.x>
- Belcher, J. R., & Toomey, B. G. (1988). Relationship between the deinstitutionalization model, psychiatric disability, and homelessness. *Health & Social Work*, 13(2), 145-153.
- Belotti, F. (2012). tpm: Estimating two-part models. *The Stata Journal*, v(ii), 1-13.
- Black, W. C. (1990). The CE plane : a graphic representation of cost-effectiveness. *Medical Decision Making*, 10(3), 212-214.
- Bonin, J.-P., Fournier, L., Blais, R., & Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogue, santé et société*, 4(2), 211-248.
- British Columbia Apartment Owners & Managers Association. (2013). Rental Rates in Vancouver. Retrieved 2013-11-04, 2013, from http://www.bcaomarentals.com/rental_rates.php
- Cafétéria communautaire. (2010). Rapports annuels.
- Canadian Alliance to End Homelessness. (2014). Housing First.
- Canadian Homeless Research Network. Canadian Definition of Homelessness: What's being done in Canada & elsewhere ? Retrieved 2014, from <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/BackgroundCHRNhomelessdefinition.pdf>
- Carling, P. (1995). *Returning to community, building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York.

- Carling, P. J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry*, 44(5), 439-449.
- Carrefour d'entraide de Lachine. (2010). Rapports annuels.
- Centre d'amitié autochtone. (2010). Rapports annuels.
- Centre de crise de Québec. [Coût par jour, par intervention et par appel au Centre de crise de Québec].
- Centre Denise-Massé. (2010). Rapports annuels.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2014). *Nombre de visites à l'urgence et durée moyenne des séjours à l'urgence des patients ambulatoires et sur civière entre le 1er avril 2013 et le 30 janvier 2014*.
- Chafetz, L. (1990). Withdrawal from the homeless mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 26(5), 449-461.
- Champney, T., & Dzurec, L. (1992). Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. *Psychiatric Services*, 43(9).
- Charette, Y., Crocker, A., & Billette, I. (2011). The Judicious Judicial Dispositions Juggle: Characteristics of Police Interventions Involving People with a Mental Illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11).
- Cheng, A., Lin, H., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2007). Impact of supported housing on clinical outcomes: Analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 83-88.
- Chez Doris. (2010). Rapports annuels.
- Chic Resto Pop. (2010). Rapports annuels.
- Chisholm, D., Healey, A., & Knapp, M. (1997). QALYs and mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 68-75. doi: 10.1007/BF00788923
- Clark, C., & Rich, A. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services*, 54(1), 78-83.
- Clisafi, S. L., Collins, S. E., Tanzer, K., Burlingham, B., Hoang, S. E., & Larimer, M. E. (2011). Agreement between self-report and archival public service utilization data among chronically homeless individuals with severe alcohol problems. *Journal of Community Psychology*, 39(6), 631-644.
- Comité social Centre-Sud. (2010,). Rapports annuels.
- Commission des services juridiques. (2010). *38e Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Montréal, Canada.
- Cooper, A. (2001). Working with People who are Homeless, Vulnerable or Insecurely Housed. In C. Clark (Ed.), *Adult Day Services and Social Inclusion*. London, U.K: Jessica Kingsley Publishers.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An empirical approach*.
- Cour municipale de la ville de Montréal. (2008). *Directives et règles administratives concernant les audiences de la cour municipale de la ville de Montréal*.
- Culhane, D. P. (2008). The Cost of Homelessness: A Perspective from the United States. *European Journal of Homelessness*(2.1), 97-114.
- Culhane, D. P., Metreaux, S., & Hadley, T. (2002). Supportive housing for homeless people with severe mental illness. *LDI issue brief*, 7(5), 1-4.
- Culhane, D. P., Parker, D. W., Poppe, B., Gross, K. S., & Sykes, E. (2007). *Accountability, Cost-Effectiveness, and Program Performance: Progress Since 1998*.

- Despars, M., Gaudreau, P., LeBlanc, J., Raffestin, I., & St-Jacques, B. (2010). *Bilan des activités 2009-2010*. Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.
- Dîners-rencontres Saint-Louis de Gonzague. (2010). Rapports annuels.
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 298-305.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Eberle, M., Kraus, D., Pomeroy, S., & Hulchanski, D. (2001). Homelessness - Causes & Effects: The Costs of Homelessness in British Columbia. Victoria, B.C.
- Eddy, DM. (1990). Comparing benefits and harms: the balance sheet. *Journal of the American Medical Association*, 263(18).
- Efron, B., & Tibshirani, R. (1993). *An introduction to the bootstrap*.
- Emploi Québec. (2011a). Information sur le marché du travail. Retrieved 2011/12, from http://imt.emploiquebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg941_accueil_fran_01.asp
- Emploi Québec. (2011b). Recherche d'offres d'emploi. 2011, from <http://placement.emploiquebec.net/mbe/ut/rechroffr/erechroffr.asp>
- Falvo, N. (2009). Homelessness, Program Responses, and an Assessment of Toronto's Streets to Homes Program. In C. P. R. N. a. S. H. S. Corporation (Ed.), *Canadian Policy Research Networks Report*.
- Fenton, F. R., & et al. (1982). A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: Financial costs. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 27(3), 177-187.
- Finkler, S. A. (1982). The distinction between cost and charges. *Ann Intern Med*, 96(1), 102-109.
- Fischer, P. J. (1988). Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 47-51.
- Fischer, S., 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), 251-265. doi: 10.1007/s10464-008-9210-z
- Fleury, M.-J., Vallée, C., Hurtubise, R., Landry, A., & Grenier, G. (2012). Rapport d'implantation - Phase de déploiement *Projet Chez soi - Montréal*. Montréal.
- Fournier, L. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec: 1996-1997*: Santé Québec.
- Fournier, L. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Québec.
- Fournier, L., Bonin, J.-P., Poirier, H., & Ostoj, M. (2001). Santé mentale *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Frisman, L., & Rosenheck, R. (1996). How transfert payments are treated in cost-effectiveness and cost-benefit analyses. *Administration and Policy in Mental Health*, 23(6), 533-546.
- Gaetz, S. (2010). The Struggle to End Homelessness in Canada: How we created the crisis, and how we can end it. *Open Health Services and Policy Journal*, 3, 21-26.
- George, T., & Goering, P. N. (2001). Gender differences in legal involvement among homeless shelter users. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 583-593.

- Gilmer, T. P., Manning, W. G., & Ettner, S. L. (2009). A Cost Analysis of San Diego County's REACH Program for Homeless Persons. *Psychiatric Services, 60*(4).
- Goering, P., Durbin, J., Trainor, J., & Paduchak, D. (1990). Developing Housing for the Homeless. *Psychological Rehabilitation Journal, 13*(4), 33-42.
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., . . . Powell, G. (2014). Rapport final du projet Chez soi. Calgary (Alberta): Commission de la santé mentale du Canada.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., . . . Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open, 1*(2), e000323. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000323>
- Goldstein, J. M., Dziobek, J. F., Clark, R., & Bassuk, E. L. (1990). Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community environments. *J Nerv Ment Dis, 178*(7), 415-422.
- Gouvernement du Canada. (2012). Guichet emplois. Retrieved 2012
- Greenland, S., & Finkle, W. D. (1995). A critical look at methods for handling missing covariates in epidemiologic regression analyses. *Am J Epidemiol, 142*(12), 1255-1264.
- 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. *Am J Community Psychol, 36*(3-4), 223-238. doi: 10.1007/s10464-005-8617-z
- Groton, D. (2013). Are Housing First Programs Effectice ? A research note. *Journal of Sociology and Social Welfare, XL*(1).
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/casp.723>
- Hall, G. B., Nelson, G., & Smith Fowler, H. (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part I: Conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health, 6*(2), 65-78.
- Harley, H. D. (2002). *A qualitative study of individuals with serious mental illness who successfully assimilate into the community through a supported housing program.* Minnesota: Capella University.
- Homes for women. (2013). *Housing First, Women Second? Gendering Housing First.* Homes for Women Campaign.
- Hurlburt, M. S., Hough, R. L., & Wood, P. A. (1996). Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatric Services, 47*(7), 731-736.
- Hwang, S. W., J., W., Aubry, T., & Hoch, J. S. (2011). Hospitalization Costs Associated With Homelessness in Canada. *Journal of Clinical Outcomes Management, 18*(11), 495-497.
- Jacobs, P., & Fassbender, K. (1997). *Indirect cost in the health economics evaluation literature: A survey article.* Working Paper, (97-4). Edmonton.
- Keck, J. (1990). Responding to consumer housing preferences: The Toledo experience. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 13*(4), 51-58.

- Knapp, M., Mangalore, R.. (2007). The trouble with QALYs... *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16.
- Kopala, L., Smith, G., Malla, A., Williams, R., Love, L., Talling, D., & Balshaw, R. (2006). Resource utilization in a Canadian national study of people with schizophrenia and related psychotic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(Suppl. 430), 29-39.
- Kraus, D., Serge, L., Goldberg, M., & Social Planning and Research Council of British Columbia. (2005). *Itinérance, logement et réduction des méfaits: logements stables pour les sans-abris toxicomanes*.
- Lam, J.-Y. (2013). [Responsable de la facturation aux patients en hébergement à l'Institut Douglas].
- 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 : the journal of the American Medical Association*, 301(13), 1349-1357. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.414>
- Latimer, E., Lecomte, T., Becker, D., Drake, R., Duclos, I., Piat, M., . . . Therrien, C. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 189, 65-73.
- Latimer, E., & Rabouin, D. (2011a). *The At Home/Chez Soi Canadian Study of Housing First for People who are Homeless and Mentally Ill: Study design and baseline data for the Montreal site*. Paper presented at the World Psychiatric Association, Buenos Aires.
- Latimer, E., & Rabouin, D. (2011b). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement: que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales. XXXVI, 13.
- Latimer, E., Rabouin, D., Méthot, C., McAll, C., Ly, A., Dorvil, H., . . . Brathwaite, E. (2014). *Projet At Home/Chez Soi: Site de Montréal: Rapport final*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Legislative Analyst's Office. (2010). *How much does it cost to incarcerate an inmate ? California:* Retrieved from http://www.lao.ca.gov/laoapp/laomenus/sections/crim_justice/6_cj_inmatecost.aspx?catid=3.
- Lipton, F. R., Siegel, C., Hannigan, A., Samuels, J., & Baker, S. (2000). Tenure in Supportive Housing for Homeless Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 51(4), 479-486.
- Mares, A. S., & Rosenheck, R. (2007). HUD/HHS/VA Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness national performance outcomes assessment: Preliminary client outcomes report. In V. N. P. E. C. (NEPEC) (Ed.). West Haven, CT.
- Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2009). Twelve-Month Client Outcomes and Service Use in a Multisite Project for Chronically Homelessness Adults. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(2), 167-183. doi: 10.1007/s11414-009-9171-5
- Martell, D. A., Rosner, R., & Harmon, R. B. (1995). Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City. *Psychiatric Services*, 46(6), 596-601.
- Matheson, J. (2011). [Directeur du service de la pastorale et des services bénévoles].
- Mayo, N. E., Scott, S. C., Dendukuri, N., Ahmed, S., & Wood-Dauphinee, S. (2008). Identifying response shift statistically at the individual level. *Qual Life Res*, 17(4), 627-639. doi: 10.1007/s11136-008-9329-2

- McLaughlin, T. C. (2011). Using Common Themes: Cost-Effectiveness of Permanent Supported Housing for People With Mental Illness. *Research on Social Work Practice, 21*(4), 404-411.
- Métha d'âme. (2010). Rapports annuels.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Manuel de gestion financière*.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010a). *Coût direct du contour financier 2009-2010*.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2010b). [Coût NIRRU=1].
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010c). *Matrice méthodologique 2009-2010*. Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010d). *Performance des établissements de santé physique - admis et chirurgie d'un jour - nombre de cas et lourdeur - 2009-2010*. Espace informationnel.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010e). *Répartition par centre d'activité des coûts 2009-2010 en santé physique chez la clientèle admise pour les 80 établissements retenus au contour financier*. Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux à partir du 1er avril 2010*.
- Ministère de la sécurité publique. (2012). Étude des crédits 2011-2012: Renseignements particuliers requis par l'opposition officielle. In T. e. p. S. c.-. 01.02 (Ed.).
- Ministry of Health and Long Term Care. (1998). Ontario Program Standards for ACT teams.
- Mission Bon Accueil. (2010). Rapports annuels.
- Mission Bon Accueil. (2011). Rapport de dépenses pour le refuge de la Mission des Hommes.
- Mission Toit Rouge. (2010). Rapports annuels.
- Moisson Montréal. (2011). Valeur monétaire de la réception des denrées par catégories.
- Multi-Caf. (2010). Rapports annuels.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). Methods for development of NICE public health guidelines.
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology and Social Welfare, 37*(4).
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., Trainor, J. (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 134*(2), 89-100.
- Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry, 77*(3), 350-361. doi: 10.1037/0002-9432.77.3.350
- Nelson, G., Hall, G. B., & Forchuk, C. (2003). Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Can J Commun Ment Health, 22*(1), 5-19.
- Nudelle, O., O Rhissa, Zakary. (2010). Bilan faim 2010. Banques alimentaires du Canada. Montréal.

- O'Connell, M. J., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2008). Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans. *Psychiatric Services, 59*(3), 268-275. doi: 10.1176/appi.ps.59.3.268
- Open Door. (2010). Rapports annuels.
- Owen, C., Rutherford, V., Jones, M., Wright, C., Tennant, C., & Smallman, A. Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 47*(6), 628-632.
- 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), 74-83.
- Palermo, F., Dera, B., & Clyne, D. (2006). *The Cost of Homelessness and the Value of Investment in Housing Support Services in Halifax Regional Municipality*. Dalhousie.
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes: a review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Can J Commun Ment Health, 18*(1), 145-164.
- Patterson, M., Somers, J. M., McIntosh, K., Shiell, A., & Frankish, C. J. (2008). Housing and Support for Adults with Severe Addiction and/or Mental Illness in British Columbia. Burnaby, B.C.: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.
- Pearson, C., A.E., M., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *Journal of Community Psychology, 37*(404-417).
- Portage. (2010). Rapports annuels.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010a). Nombre de médecins, nombre de services médicaux, nombre par médecin, coût des services médicaux et coût moyen des services médicaux selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, le mode de rémunération et le type de service. In T. SM.21 (Ed.).
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010b). *Tableau SM.21 Nombre de médecins, nombre de services médicaux, nombre par médecin, coût des services médicaux et coût moyen des services médicaux selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, le mode de rémunération et le type de service*.
- Relais communautaire de Laval. (2010). Rapports annuels.
- Rézo. (2010). Rapports annuels.
- Rogers, S. E., Farkas, M., Anthony, W., Kash, M., Harding, C., & Olschewski, A. (2008). *Systematic Review of Supported Housing Literature*. Boston University.
- Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: the application of research to policy and practice. *Am J Psychiatry, 157*(10), 1563-1570.
- Estimating the capital component of mental health care costs in the public sector*, (1994).
- Rosenheck, R., Kaspro, W., Frisman, L., & Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 940-951. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.940>
- Rosenheck, R., Morrissey, J., Lam, J., Calloway, M., Stolar, M., Johnsen, M., . . . Goldman, H. (2001). Service Delivery and Community: Social Capital, Service Systems Integration, and Outcomes Among Homeless Persons with Severe Mental Illness. *Health Services Research, 36*(4).

- Roy, L. (2013). *Profiles of Police Interaction Among Homeless Individuals with Severe Mental Illness*. Paper presented at the National Conference to End Homelessness, Ottawa.
- RSM Richter. (2008). Report on the Cost of Homelessness in the City of Calgary. Calgary, AL.: Calgary Homeless Foundation.
- Rubin, D. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York.
- Rue des femmes. (2010). Rapports annuels.
- Salit, S. A., Kuhn, E. M., Hartz, A. J., Vu, J. M., & Mosso, A. L. (1998). Hospitalization Costs Associated with Homelessness in New York City. *New England Journal of Medicine*, 338(24), 1734-1740. doi: doi:10.1056/NEJM199806113382406
- Schaedle, R., & Eipsein, I. (2000). Specifying intensive case management: A multiple stakeholder approach. *Mental Health Services Research*, 2, 95-105.
- Schaefer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. 7, 147-177. doi: 10.1037/1082-989X.7.2.147
- Schutt, R. K., & Goldfinger, S. M. (1996). Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 47(4), 381-386.
- Service de police de la ville de Montréal - Centre opérationnel Sud (2012).
- Service de police de la ville de Montréal. Conditions de travail - policier permanent. 2012, from http://www.spvm.qc.ca/FR/carrieres/5_3_1_2_policierperm.asp
- Service de police de la ville de Montréal. Orientations stratégiques: Prévisions budgétaires 2009.
- Snow, D. A., Baker, S. G., & Anderson, L. (1989). Criminality and homeless men: An empirical assessment. *Social Problems*, 36(5), 532-549.
- 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), 316-321. doi: 10.2105/AJPH.2012.300867
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-152.
- Statistique Canada. *Indice des prix à la consommation, aperçu historique (1994 à 2013)*.
- Statistique Canada. Services correctionnels pour adulte au Canada, 2008-2009 - Tableaux de référence.
- 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. *Journal of Primary Prevention*, 28, 265-279.
- Stevenson, J., Caverly, S., Srebnik, D., & Hendryx, M. (1999). Using work sampling to investigate staff time allocation in community mental health centers. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(4), 291-295.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). *The AdSS Cost Study: Costs of Substance Abuse Treatment in the Specialty sector*. Analytic Series A-20. DHHS Publication no. (SMA) 03-3762, Rockville, MD.
- Trainor, J. N., Morrell-Bellai, T. L., Ballantyne, R., & Boydell, K. M. (1993). Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *Can J Psychiatry*, 38(7), 494-501.
- 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), 219-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020460>

- Tsemberis, S. (1999). From Streets to Homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225-241.
- Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.
- 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., McHugo, G., Williams, V., Hanrahan, P., & Stefancic, A. (2007). Measuring homelessness and residential stability: The residential Time-Line Followback Inventory. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 29-42.
- Urgences-santé. (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Montréal.
- Ville de Montréal. (2010). *Processus budgétaires 2011*.
- Vittinghoff, E., Glidden, D. V., Shiboski, S. C., & McCulloch, C. Q. (2012). *Regression Methods in Biostatistics*: Springer.
- Waegemakers Schiff, J., Schneider, B., & Schiff, R. (2007). *A Literature review on Housing Persons with a Severe Mental Illness, with and without co-occurring Substance Abuse*. Calgary: Calgary Homeless Foundation.
- Weisbrod, B., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Wolfe, R., & Hanley, J. (2002). If we're so different, why do we keep overlapping? *Canadian Medical Association Journal*, 166(1), 65-66.
- Zhang, T. (2008). *Cost of Crime in Canada*.

Annexe 1. Membres de l'équipe du projet Chez Soi

Le projet Chez Soi à Montréal est dirigé par Sonia Côté, coordonnatrice de projet, assisté de Louise Hallé, adjointe administrative.

Équipe des chercheurs

L'équipe de chercheurs du projet Chez Soi Montréal provient principalement de six universités québécoises (Concordia, Laval, McGill, Montréal, Sherbrooke et UQAM), et sont affiliés principalement à cinq centres de recherche (CREMIS, CRI, Douglas, Fernand Séguin). Ces chercheurs sont soutenus par des agents de recherche et des étudiants.

- Chercheur principal : Eric Latimer
- Coordinatrice de recherche : Cécile Leclercq
- Co-chercheurs principaux : Christopher McAll et Marie-Josée Fleury
- Co-chercheurs : Jean-Pierre Bonin, Anne Crocker, Henri Dorvil, Roch Hurtubise, Alain Lesage, Greg Nielsen, Catherine Vallée, Helen-Maria Vasiliadis, Robert Whitley
- Agents de recherche/analystes : Guy Grenier, Alice Landry, Daniel Rabouin, Yuxi Shi, Baptiste Godrie, Pierre-Luc Lupien, Antoine Rode, Marico Gutiérrez, Sarah Guèvremont, Dominique Laroche, Joanie Lacasse, Yuxi Shi, Lesley Perlman
- Étudiant(e)s : Angela Ly, Daniel Poremski, Laurence Roy, Guido Powell

Équipe des intervieweurs

Une équipe multidisciplinaire d'intervieweurs (8) est responsable du recrutement des participants (460) et des suivis de recherche tous les trois mois sur une période de deux ans pour tous les participants du projet.

- Coordinatrice de recherche adjointe : Véronique Denis.
- Agents de recherche/intervieweurs : Debbie Da Silva, Jean-Marie Tremblay, Michael Sam Tion, Ashley Lemieux, Marc-Antoine Lapierre, Marie-Anne Bourassa, Christian Méthot, Philippe Courcy.

Équipes cliniques

Les équipes cliniques (3) offrent le suivi clinique aux participants du projet Chez Soi assignés aux groupes expérimentaux

Équipe de suivi intensif (SI)

CSSS Jeanne-Mance

- Chef d'équipe : Lori Girard
- Intervenants : Suzelle Parent (pair-aidant), Nancy Côté, Stéphanie Desnoyers, Patrick Girard, Marie-Jeannelle Gracia, Maxime Jalbert, Isabelle Massé, Clément Savignac, Marie-Ève Simard, Ségura Daniela.

Équipe de soutien d'intensité variable

CSSS Jeanne-Mance

- Chef d'équipe : Nancy Keays
- Intervenants : Élisabeth Girard, Sylvie Grenier, Karine Grenon, Jacques Labonté, Heidi Théberge, Alexandre Pelletier, Charlotte De Ernsted, Gabrielle Roberge (agente IPS)
- Chef de programme (équipe SI et équipe SIV du CSSS Jeanne-Mance) : Claire Thiboutot
- Adjointes administratives : Johanne Bouthillier et Tassadit Ould-Hamouda

Diogène

- Directeur : Bertrand Gagné
- Chef d'équipe : Jessica Soto
- Adjointe administrative : Denise Dussault
- Intervenants : Nancy Lalime, Isabelle Blanchette, Éric Léonard, Philippe Langlais, Jennifer Bumbray, Elysa Garant, Véronique St-Pierre (agente IPS).

Équipe logement

Relevant de l'Institut Douglas, l'équipe logement est responsable de trouver un logement pour les participants des groupes expérimentaux que ce soit un appartement privé ou un logement social avec soutien communautaire, selon le choix du participant. L'équipe travaille en partenariat avec 70 propriétaires de logements.

- Gestionnaire : Hélène Racine
- Coordinatrice logement : Dominique Matte
- Intervenants : Sandra Finlay, Ghaliya Qnicher, Angelo Voicu.

Conseil des pairs

Le conseil des pairs a été créé pour assurer la présence d'un pair dans chacun des comités du projet Chez Soi. Les huit membres du conseil s'appuient sur leurs expériences vécues en santé mentale et/ou dans la rue, pour apporter au projet un contact avec la réalité des participants. Un des rôles importants de ce conseil est d'informer et de sensibiliser tous les acteurs du projet Chez Soi sur les forces des personnes ayant un enjeu en santé mentale. Le but est de travailler pour un environnement de rétablissement.

- Coordonnateur : Benoît St-Pierre
- Pairs-communicatrices : Anick Plante et Janina Komaroff
- Pairs-aidants : Suzelle Parent, Janina Komaroff, Anick Plante, Pierre Grenier, Line Bolduc, Simon Blais, Pierre-Emmanuel Blais, Matthieu Aganier

Annexe 2. Approbations éthiques

SOIGNER.
DÉCOUVRIR.
ENSEIGNER.



CARING.
DISCOVERING.
TEACHING.

Le 16 octobre 2009

Docteur Éric Latimer
Centre de recherche de l'Institut Douglas
Pavillon Perry
6875, boul. LaSalle
Verdun, Québec
H4H 1R3

Objet: Demande d'évaluation
Protocole MP-IUSMD-09-023 – *Projet de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance de Montréal*
Nouveau protocole

Cher Dr Latimer,

Il me fait plaisir de vous informer que la décision préliminaire prise le 16 septembre dernier par notre CÉR, qui agit à titre d'instance principale dans le présent dossier, a été endossée par l'ensemble des CÉR locaux et des établissements en cause. Le projet en titre est donc définitivement approuvé, sur le plan éthique, pour les établissements suivants :

- Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Je tiens à vous rappeler que la décision préliminaire qui est confirmée par la présente avait été rendue alors que le quorum était atteint. (En outre, Dr. Anne Crocker membre du CÉR Douglas s'est retirée avant les délibérations qui ont précédé la prise de position, en raison de la situation de conflit d'intérêts dans laquelle elle aurait été placée).

Cette approbation suppose que vous respectiez les dispositions particulières propres aux établissements suivants :

Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance :

- 1) que le chercheur informe le CÉR principal de ce qu'il prévoit faire dans le cas où des participants se retireraient du projet ou en seraient retirés (parce qu'ils refusent de voir leur équipe clinique, par exemple) et conserve un registre des retraits de participation;

Hôpital Douglas | 6875, boulevard LaSalle | Montréal (Québec) | H4H 1R3 | Téléphone : 514 761-6131 | www.douglas.qc.ca



Affilié à l'Université McGill
Affiliated with McGill University



Centre collaborateur OMS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale
Montreal WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health

- 2) que le chercheur informe le CÉR principal de ce qu'il aura convenu de faire, en collaboration avec le curateur public pour le recrutement des participants majeurs inaptes et conserve un registre de ces participants (en consignait par exemple, le nombre de participants inaptes recrutés, la date de leur recrutement, la date d'approbation du mandataire, les refus d'approbation et le retrait, le cas échéant, etc.) ;
- 3) que le chercheur précise, pour son équipe et les cochercheurs locaux, des moyens uniformes de conservation et de protection des données;
- 4) que toutes les personnes, ayant accès en partie ou en totalité aux données de la recherche, signent un engagement formel à la confidentialité vu la nature sensible et la quantité des informations qui seront recueillies tout au long du projet. (Cette procédure, fréquente chez Statistiques Canada et à l'Institut de la statistique du Québec, permet de rappeler à toutes les personnes impliquées au projet leurs obligations en matière de protection de données).

Cette approbation suppose également que vous vous engagez :

1. à respecter la décision du CÉR principal ;
2. à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche ainsi que du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet ;
3. à respecter les moyens relatifs, au suivi continu c'est-à-dire à l'article 11.5 du mécanisme multicentrique ;
4. à conserver les dossiers de recherche pendant au moins deux ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité ;
5. à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche de chacun des établissements en cause, à savoir :
 - la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour les établissements suivants qui pourront l'obtenir sur demande soit : le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance;

La présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Nous vous remercions pour votre collaboration et nous vous souhaitons bonne chance dans votre projet



pour:

J. Bruno Debruille, M.D., Ph. D.
Président
Comité scientifique de l'Institut Douglas
/mg

c.c. Comité de la recherche du CHUM
Comité de la recherche du CSSS Jeanne-Mance

SOIGNER.
DÉCOUVRIR.
ENSEIGNER.



CARING.
DISCOVERING.
TEACHING.

Le 26 novembre 2012

Docteur Éric Latimer
Centre de recherche de l'Institut Douglas
Pavillon Perry, Bureau E-3114

**Sujet: Protocole MP-IUSMD-09-023 – Projet chez soi - Projet de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance de Montréal
Renouvellement annuel 2012-13 – Approbation accélérée**

Cher Dr Latimer,

Nous désirons vous remercier pour le rapport annuel que vous avez soumis pour approbation pour le protocole cité en rubrique. J'ai examiné votre rapport et l'ai jugé satisfaisant. À titre de président, j'accorde une approbation accélérée à ce rapport puisqu'il est complet et qu'il répond aux exigences du CÉR.

Cette étude est approuvée pour une période d'une année.

Merci de votre collaboration.



pour :
J. Bruno Debruille, M.D., Ph.D.
Président
Comité d'éthique de la recherche
Institut universitaire en santé mentale Douglas
/éc

c.c. : Véronique Denis, Coordonnatrice du projet Chez soi
 Brigitte St-Pierre, CER CHUM
 Christine Brassard, CER Jeanne-Mance
 Kathy Laperrière, CER LHL



Annexe 3. Le U.S. Interagency Council on Homelessness Summary of Cost Offset Studies

Location	Funder/Sponsor	Researchers/Contact	Number of Subjects	Sampling Frame	Intervention	Data Sources	Years	Cost Reductions	Status
Atlanta	Georgia Rehabilitation Outreach	Georgia Rehabilitation Outreach	60	Convenience sample of mentally ill individuals referred from criminal justice, health care and homeless service agencies.	FACT team. (Some subjects received housing but this aspect was not included in study.)	Admissions records from one local psychiatric hospital, jail, FACT team budget.	2004-2005	\$18,333 per person per year	Completed
Atlanta	United Way of Metropolitan Atlanta	Dr. James Emshoff, Georgia State University	30	Random sampling of dually-diagnosed chronically homeless individuals in Atlanta. Comparison group.	Education and Community Services Engagement Linkage (ECSEL) Housing First program.	Housing and utilities costs, homeless services, three area hospitals, vocational services, police, sheriff, jail, courts, prison, probation, parole, statewide databases of Medicaid, disability and SSI data.	2005-2006	Not yet available.	Ongoing
Broward County, Florida	Ten Year Planners	Camille Franzoni, HHOPE Project Director	44	All participants enrolled in HHOPE Housing First program for chronically homeless individuals.	Permanent supportive housing.	Inpatient hospital stays at one local hospital, jail, shelter.	2004-2005	\$13,458 per person per year	Ongoing
California	State of California	Stephen Mayberg, California Department of Mental Health	4,881	All individuals enrolled AB 2034, a statewide, state-funded supportive housing program for homeless mentally ill individuals.	Permanent supportive housing.	Self-reported baseline data including psychiatric inpatient care, incarceration, emergency room visits.	1999-2003	\$5,614 per person per year	Completed
Chicago	Housing and Health Partnership	Arturo Bendixen, AIDS Foundation of Chicago	436	Randomly assigned individuals who are homeless and have one chronic illness being discharged from one of three Chicago hospitals. Comparison group.	Permanent supportive housing.	Inpatient care and emergency room visits from the three major hospitals engaged in the Housing and Health Partnership.	2003-2007	Not yet available.	Ongoing

Location	Funder/Sponsor	Researchers/ Contact	Number of Subjects	Sampling Frame	Intervention	Data Sources	Years	Cost Reductions	Status
Dayton, Ohio	Ten Year Planners	Kathleen Shanahan, Shelter Policy Board	4	Convenience sample of dually-diagnosed chronically homeless individuals enrolled in Housing First.	Permanent supportive housing.	Self-reported hospitalizations, substance abuse treatment, emergency shelter.	2004-2005	\$43,045 per person per year	Completed
Denver	Colorado Coalition for the Homeless	Jennifer Perfman, Colorado Coalition for the Homeless	19	Chronically homeless individuals in Federal Collaborative Initiative and 16th Street Housing First programs who had been enrolled for 24 or more months.	Permanent supportive housing.	Local hospitals, substance abuse treatment facilities, jails, state prisons and homeless shelters.	2002-2006	\$15,772 per person per year	Completed
Hennepin County, Minnesota	Hennepin County	Kelby Grosvender, Hennepin County	120	Chronic inebriates enrolled in one of two supportive housing programs.	Permanent supportive housing.	County medical center, housing program records of detox utilization.	2003	\$6,659 per person per year	Completed
Indianapolis II	Coalition for Homeless Intervention and Prevention	Dr. Eric Wright, Indiana University- Purdue University	49	Individuals enrolled in Action Coalition to Ensure Stability (ACES) program between 1999 through September 2003.	Permanent supportive housing.	Hospitals included in regional medical information system and two unaffiliated hospitals.	1999-2004	\$9,049 per person per year	Completed
Los Angeles	Los Angeles Homeless Services Authority	Los Angeles Homeless Services Authority	120	Chronically homeless individuals enrolled in Federal Collaborative Initiative Housing First program in Skid Row.	Permanent supportive housing.	County health, county mental health and county jail facilities.	2004-2007	Not yet available.	Ongoing
Minneapolis	Family Housing Fund	Ellen Hart- Shegos, consultant	1	Convenience sample of mother and children experiencing long-term homelessness.	Permanent supportive housing.	County children and family services, emergency shelters, halfway house, county jail, probation, county juvenile services, county medical center, county economic assistance department, county training and employment services, child care and special education providers.	1991-1999	\$39,500 per family per year	Completed

Location	Funder/Sponsor	Researchers/ Contact	Number of Subjects	Sampling Frame	Intervention	Data Sources	Years	Cost Reductions	Status
Minnesota	Hearth Connection	Ellen L. Bassuk, National Center on Family Homelessness	616	Families and individuals having long histories of homelessness enrolled in state – funded Supportive Housing and Managed Care Pilot. Comparison group of those with similar use trajectory is being constructed.	Permanent supportive housing.	Minnesota Departments of Human Services, Medicaid, Social Services, corrections, education, county law enforcement.	2001-2006	Not yet available.	Ongoing
Oregon	Oregon Network of Independent Living Centers	Oregon Network of Independent Living Centers	266	Convenience sample representing 10 percent of all disabled individuals in Oregon independent living programs with an open Consumer Service Record.	Housing assistance, mental health services, independent living skills, employment services. This varied by subject.	Self-reported foster care, mental health, incarceration, nursing home, assisted living, opportunity, shelter and opportunity costs.	2004	\$5,266 per person per year	Completed
Portland	Central City Concern	Thomas L. Moore, Consultant	35	Dually-diagnosed consumers previously enrolled in Community Engagement Program who volunteered to be part of study.	Housing and ACT team.	Self-reported physical and mental health care, incarceration, addiction services.	2005	\$16,000 per person per year	Completed
Quincy, MA	The Boston Foundation, Father Bill's Place	Boston Health Care for the Homeless Program, UMass McComick Institute	37	Convenience sample of chronically homeless individuals identified by homeless service providers and enrolled in Housing First program.	Permanent supportive housing.	One local hospital, case notes, shelter, jail.	2004-2007	\$10,000 per person per year	Ongoing

Location	Funder/Sponsor	Researchers/ Contact	Number of Subjects	Sampling Frame	Intervention	Data Sources	Years	Cost Reductions	Status
Salt Lake City	Utah	James Wood, University of Utah	17	Convenience sample of chronically homeless individuals identified by area homeless providers. Comparison group.	Permanent supportive housing.	Shelter and outreach service providers, area medical clinic, nonprofit health care system, university hospital, detox, mental health service provider, housing authority, jail.	2004-2007	Not yet available.	Ongoing
San Francisco	San Francisco Department of Public Health	San Francisco Department of Public Health	71	Homeless individuals enrolled in Direct Access to Housing program between October 2002 and October 2003.	Permanent supportive housing.	San Francisco General Hospital.	2002-2003	\$16,300 per year per person	Completed
San Diego II	Department of Emergency Medicine, University of California-San Diego	Jim Dunford, City EMS Medical Director	156	Homeless serial inebriates who had been transported to inebriate reception center five times in 30 days and who accepted treatment. Comparison group.	Serial Inebriate Program, a six-month outpatient substance abuse treatment program in lieu of custody.	City EMS provider, two regional hospitals.	2000-2003	\$7,130 per person per year	Completed
Seattle	Robert Wood Johnson Foundation	Mary Larimer, University of Washington	75	Selected homeless chronic inebriates based on health and jail costs. Comparison group of those on waiting list.	1811 Eastlake harm reduction housing program for chronic public inebriates.	County hospital, county jail, county sobering center.	2006	Not yet available.	Ongoing

Location	Funder/Sponsor	Researchers/ Contact	Number of Subjects	Sampling Frame	Intervention	Data Sources	Years	Cost Reductions	Status
Salt Lake City	Utah	James Wood, University of Utah	17	Convenience sample of chronically homeless individuals identified by area homeless providers. Comparison group.	Permanent supportive housing.	Shelter and outreach service providers, area medical clinic, nonprofit health care system, university hospital, detox, mental health service provider, housing authority, jail.	2004-2007	Not yet available.	Ongoing
San Francisco	San Francisco Department of Public Health	San Francisco Department of Public Health	71	Homeless individuals enrolled in Direct Access to Housing program between October 2002 and October 2003.	Permanent supportive housing.	San Francisco General Hospital.	2002-2003	\$16,300 per year per person	Completed
San Diego II	Department of Emergency Medicine, University of California-San Diego	Jim Durnford, City EMS Medical Director	156	Homeless serial inebriates who had been transported to inebriate reception center five times in 30 days and who accepted treatment. Comparison group.	Serial Inebriate Program, a six-month outpatient substance abuse treatment program in lieu of custody.	City EMS provider, two regional hospitals.	2000-2003	\$7,130 per person per year	Completed
Seattle	Robert Wood Johnson Foundation	Mary Larimer, University of Washington	75	Selected homeless chronic inebriates based on health and jail costs. Comparison group of those on waiting list.	1811 Eastlake harm reduction housing program for chronic public inebriates.	County hospital, county jail, county sobering center.	2006	Not yet available.	Ongoing

Annexe 4. Estimation du nombre de personnes itinérantes avec des troubles de santé mentale à Montréal

Au cours du dénombrement qui vient d'être mentionné, entre 1996 et 1997, la clientèle des ressources reconnues comme accueillant des personnes itinérantes (hébergement, soupes populaires et centres de jour) a été recensée, et le nombre de personnes sans domicile fixe²⁷ a été estimé. Le décompte estime que 8253 personnes ont fréquenté un centre d'hébergement pour personnes sans abri (principalement un refuge) au cours d'une période d'un an entre 1996 et 1997. De ce nombre, 63% ont été hébergés sept nuits ou moins au cours de l'année. Les personnes qui ont été hébergées plus de sept nuits au cours de l'année (37% de 8253 personnes ayant été hébergées dans un centre d'hébergement, soit 3054) sont plus susceptibles de vivre des épisodes d'itinérance chronique qui sont visées par le programme Housing First. Cet estimé est conservateur car, tel qu'expliqué par Fournier :

« Le dénombrement des sans-abri à partir de la clientèle du réseau de services mentionné pose le problème des personnes sans domicile fixe qui ne fréquentent pas ce réseau. Par conséquent, une enquête auprès des personnes qui dorment dehors, dans les endroits publics ou abandonnés a été réalisée à Montréal pour estimer l'ampleur de la sous-estimation de cette population²⁸ (...). Au total, 90% de cette population peut être rejointe dans les ressources communautaires. Comme ce sous-groupe de sans-abri ne semble pas très peuplé et que peu d'entre eux ne fréquentent pas les ressources communautaires, le dénombrement uniquement à partir de la clientèle du réseau de services ne devrait pas être sous-estimé de manière significative (Fournier, XXX, p.xx). »

L'Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec réalisée entre 1998 et 1999 (Fournier, Bonin, Poirier, & Ostoj, 2001) auprès de la même clientèle ayant fait l'objet du dénombrement discuté ci-haut, avait permis d'observer qu'à Québec, 43,3% de la population sans abri fréquentant les ressources ont des troubles de santé mentale (Fournier et al., 2001). Ainsi, puisque 3054 personnes avaient passé plus de 7 nuits en refuge, on peut estimer que 43,3% de celles-ci, soit 1322 personnes, auraient pu bénéficier de programme Housing First à la fin des années '90. De ce nombre, 28,9% avaient souffert de schizophrénie ou autres troubles

²⁷ Fournier explique la définition de sans domicile fixe ainsi : *Être sans domicile fixe se définit par son contraire. « Avoir un domicile fixe signifie avoir à soi ou partager un appartement, une chambre ou une maison, ou vivre chez ses parents. La personne qui a un domicile fixe à la possibilité de retourner dans ce logement quand elle le désire et elle a l'intention d'y retourner. Fournier, p.3 »*

²⁸ Parmi les 186 personnes approchées (...), 72,6% ont accepté de répondre (...). Près de 90% des sujets interrogés étaient sans domicile fixe. Environ 75% ont déjà passé la nuit dans un refuge et près de 84% ont utilisé une soupe populaire ou un centre de jour au cours de l'année (Fournier, 1998)

psychotiques au cours d'une période de 12 mois et 71,1% d'autres troubles de santé mentale. La présence de troubles psychotiques était un des critères d'inclusion au groupe ayant des besoins élevés du projet Chez soi²⁹. Étant donné le manque d'information existant pour identifier la proportion de personnes ayant des besoins élevés telles que définies par le projet Chez soi, nous avons utilisé le pourcentage de personnes atteintes de schizophrénie ou autres troubles psychotiques pour estimer le nombre de personnes ayant des besoins élevés dans la population de Montréal³⁰. Par le fait même, nous avons supposé que les personnes souffrant d'autres troubles de santé mentale avaient des besoins modérés. En appliquant ces taux au nombre estimé de personnes en situation d'itinérance chronique ayant des troubles de santé mentale, on estime que 382 personnes ayant des besoins élevés et 940 personnes ayant des besoins modérés auraient pu bénéficier de programmes Housing First à la fin des années '90.

Finalement, ces chiffres ont été ajustés afin de tenir compte de l'augmentation de la population itinérante à Montréal. Malheureusement, il n'y a pas eu d'autre recensement depuis celui effectué par Fournier en 1996-1997. Selon le bilan des activités 2012-2013 du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), entre l'hiver 2008-2009 et l'hiver 2012-2013, sur une période de cinq ans, le nombre de nuitées en refuge pour hommes a augmenté de 24% alors que le nombre de nuitées en refuge pour femmes a augmenté de 32% (Despars et al., 2010). À partir de ces nombres, nous estimons, probablement de façon conservatrice, l'augmentation de la population itinérante à Montréal entre 1996-1997 et 2013-2014 à 50%. Ainsi, nous estimons qu'aujourd'hui, 572 personnes itinérantes ayant des besoins élevés et 1410 personnes itinérantes ayant des besoins modérés pourraient bénéficier de programmes Housing First.³¹ L'analyse d'impact budgétaire est basée sur ces estimés.

²⁹ L'assignation des participants au groupe ayant des besoins élevés est basée sur la classification du *Ontario Program Standards for ACT teams* (Ministry of Health and Long Term Care, 1998)

³⁰ Parmi les participants ayant des besoins élevés, 64% souffraient de troubles psychotiques. Parmi les participants ayant des besoins modérés, 19% souffraient de troubles psychotiques.

³¹ Cet estimé est probablement conservateur aussi parce qu'il ne tient pas compte des personnes itinérantes qui n'utilisent pas les refuges. De plus, l'enquête de Fournier ne relevait pas tous les troubles de santé mentale; le pourcentage de 43,3% est certainement en deça de la réalité.

4.a Raison principale pour laquelle la personne était dans la rue durant cette période (cochez tout ce qui s'applique) :

Ne pas lire les réponses, cocher d'après ce que la personne vous dit.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> N'aime pas les refuges — trop de monde | <input type="checkbox"/> N'aime pas les refuges — y a été victimisé(e) |
| <input type="checkbox"/> N'aime pas les refuges — craint d'y tomber malade ou trouve que les refuges ne sont pas propres | <input type="checkbox"/> Le refuge était complet |
| <input type="checkbox"/> A été mis(e) à la porte du refuge ou on lui a interdit d'entrer | <input type="checkbox"/> Aime mieux être seul(e) |
| <input type="checkbox"/> La rue était la seule option disponible | <input type="checkbox"/> A dû quitter une situation dangereuse (par ex. violence familiale ou victimisation) |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | |

4.b Si autre, précisez

4.c Raison principale pour laquelle la personne a emménagé dans une résidence temporaire ou instable ou dans une résidence stable (cochez tout ce qui s'applique) :

Ne pas lire les réponses, cocher d'après ce que la personne vous dit.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Meilleur quartier | <input type="checkbox"/> Meilleur choix que dans la situation précédente |
| <input type="checkbox"/> Participait à un programme qui l'obligeait à emménager à cet endroit | <input type="checkbox"/> Participait à un programme qui lui offrait le choix d'emménager à cet endroit |
| <input type="checkbox"/> Retour à l'endroit où la personne demeurait auparavant, après avoir quitté l'hôpital, le centre de désintoxication ou la prison | <input type="checkbox"/> Seule option disponible |
| <input type="checkbox"/> A dû quitter une situation dangereuse (par ex. violence familiale ou victimisation) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |

4.d Si autre, précisez

4.e Raison principale pour laquelle la personne a séjourné dans un centre d'urgence ou de crise (cochez tout ce qui s'applique) :

Ne pas lire les réponses, cocher d'après ce que la personne vous dit.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Venait d'arriver en ville, n'avait aucun autre endroit où demeurer | <input type="checkbox"/> Seule option disponible |
| <input type="checkbox"/> Connaissait cet endroit | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |

4.f Si autre, précisez

4.g Raison principale pour laquelle la personne a séjourné en institution (cherchez à découvrir les raisons précises; dans certains cas, par ex. centre de désintoxication, celles-ci seront évidentes, mais dans d'autres cas, par ex. prison, essayez de déterminer la raison de la condamnation. Pour les séjours à l'hôpital, assurez-vous de noter les raisons aussi bien de nature psychiatrique que médicale)

Posez SEULEMENT la Q.5 POUR Rue, résidence stable ou instable, et centre d'urgence ou de crise(cochez s. o. pour institutions).

5. Avec qui demeurez-vous ou demeuriez-vous à cet endroit? (cochez tout ce qui s'applique) :

Ne pas lire les réponses, cocher d'après ce que la personne vous dit.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> s.o | <input type="checkbox"/> Personne /seul(e) |
| <input type="checkbox"/> Époux(s)e/Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Parent(s) |
| <input type="checkbox"/> Enfant(s) | <input type="checkbox"/> Autre(s) membre(s) de la famille |
| <input type="checkbox"/> Ami(e)(s)/ Autre(s) personne(s) non | <input type="checkbox"/> Autre, ni ami(e)s ni membres de la famille |
| <input type="checkbox"/> membre(s) de la famille | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |

Annexe 6. Liste des lieux où les personnes itinérantes peuvent passer la nuit

Liste des lieux où les personnes itinérantes peuvent passer la nuit utilisée par le projet Chez Soi

CATÉGORIES	EXEMPLES et COMMENTAIRES
Rue	
001 Endroit public intérieur ouvert tard ou toute la nuit i.e centre d'achat, station d'autobus, de métro ou de train, buanderie, café	Entrée de bloc Cage d'escalier Portiques intérieurs
002 Dans autobus ou métro	
003 Bâtiment abandonné	
004 Voiture ou autre véhicule privé	
005 Sur la rue ou autre endroit à l'extérieur	Portiques Extérieurs
Résidence temporaire ou instable (devrait être <6 mois avec des droits d'occupation/location non protégés)	
101 Hotel/Motel	
103 Sa propre chambre en occupation simple (avec services de support) <u>PAS DORTOIRS, MAIS OUI POUR DEUX PAR CHAMBRE</u>	Exemples : Maison Marguerite Abris de l'Espoir (Programme) Le Chaînon (Programme) Auberge Madeleine Armée du Salut (Programme) Rue des femmes TRACOM Passage Arrêt-Source
104 La chambre en occupation simple d'une autre personne (pas de services de support)	Amis ou connaissance
105 Sa propre chambre dans une maison de chambre (pas de services de support)	
106 Sa propre chambre dans une pension de famille (typiquement avec repas inclus)	
107 Appartement ou maison des parents/tuteur/protecteur (temporaire)	
108 Appartement ou maison d'un autre membre de famille (temporaire)	
109 Appartement ou maison d'une autre personne (temporaire)	Amis ou connaissances
110 Maison/Foyer de Groupe/Famille d'accueil (temporaire) (« spécialisé » ne sous-entend pas que les « intervenants » de la place sont des professionnels – sous-entend plutôt que les médicaments sont distribués et les repas compris)	Foyer de groupe (Group Home) spécialisé cours terme : Maison spécialisée en trouble de santé mentale Maison spécialisée en déficience intellectuelle Sida-Secours (À VOIR)

CATÉGORIES	EXEMPLES et COMMENTAIRES
Résidence Stable (devrait être >6 mois/pas de plans actuels de déménagement et/ou droits d'occupation ou de location)	
201 Son propre appartement ou maison	
202 Appartement ou maison d'un parent/tuteur/protecteur	
203 Appartement ou maison d'un autre membre de la famille (long terme)	
204 Appartement ou maison d'une autre personne (long terme)	Amis ou connaissances
205 Maison/Foyer de Groupe/Famille d'accueil (long-terme) (« spécialisé » ne sous-entend pas que les « intervenants » de la place sont des professionnels – sous-entend plutôt que les médicaments sont distribués et les repas compris)	Foyer de groupe (Group Home) spécialisé : Maison Amaryllis (Sida) Maison spécialisée en trouble de santé mentale Maison spécialisée en déficience intellectuelle
206 Logement social	
Centre d'urgence ou de Crise	
301 Salle d'urgence (>24 heures seulement)	À Montréal, on considère que les séjours à l'urgence peuvent dépasser 24h.
302 Abris d'urgence (typically aggregate sleeping ??) donc DORTOIRS IMPORTANT : Lorsque la personne est résidente dans un dortoir (genre MBA, OBM) donc paye pour son séjour (dans un programme), IMPORTANT de spécifier cette info dans la question « Et où demeuriez-vous avant ça ? », exemple <i>Mission Bon Accueil (Programme)</i>	Toutes les « lignes ». Rue des Femmes Le Chaînon Abri de l'Espoir OBM Maison du Père Mission Bon Accueil Refuge des jeunes Bunker
303 Centre de crise (typiquement chambre privée seule ou avec famille i.e refuge pour femme)	TRACOM Le Transit Ressources pour femmes violentées Passage (Exception : 2 lits d'urgence)

CATÉGORIES	EXEMPLES et COMMENTAIRES
<u>Institutions</u>	
401 Centre de désintoxication	Souvent moins de 1 mois Centre Dollard-Cormier-Sevrage
402 CHSLD	
403 Programme résidentiel de traitement ou de rétablissement de la drogue/alcool	Portage Exode ReNasci Centre Dollard-Cormier (Programmes) Toxico-stop
404 Programme résidentiel de réadaptation psychiatrique	Affilié à un hôpital ou une institution de santé et services sociaux Projet PAL
405 Prison/Pénitencier	
406 Maison de transition	
407 Hôpital (unité psychiatrique)	
408 Hôpital (unité médicale)	
409 Hôpital psychiatrique	
501 Autres : Tout autre lieu qui n'a pas été mentionné précédemment	Saunas

Annexe 7. Questionnaire : Recours aux soins de santé et aux services sociaux et de justice

Recours aux soins de santé et aux services sociaux

J'aimerais maintenant discuter de certains soins de santé et services sociaux dont vous avez peut-être bénéficié. Une fois de plus, j'aimerais utiliser un CALENDRIER pour nous aider à déterminer les services que vous avez reçus.

Au cours du dernier mois (présenter le calendrier), soit du [DATE] au [DATE] :

1. Avez-vous consulté un intervenant en soins de santé ou en services sociaux à son cabinet ou à son bureau? Par intervenant en soins de santé, nous voulons dire quelqu'un que vous avez consulté pour un problème de santé (comme un médecin, une infirmière, un psychiatre). Par intervenant en services sociaux, nous voulons dire quelqu'un que vous avez consulté pour obtenir de l'aide pour des choses comme le logement ou les finances (comme un intervenant en aide au logement ou un travailleur social, y compris des intervenants judiciaires tels que des agents de probation).

Si oui, poser les questions 1.a à 1.p. Si l'intervenant est vu(e) à l'hôpital, inscrivez le à la question 4.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

- 1.a.1 Qui avez vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

Servez-vous des codes de la liste de codage #3.

- 1.a.2 Combien de fois?

- 1.a.3 Combien de temps environ a duré chaque visite ?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

- 1.a.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel Communautaire

- 1.a.5 Quel(s) type(s) de services avez vous reçu(s) de cette personne?

Ne pas lire, entrez tout ce qui s'applique selon la description.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | |

- 1.b.1 Qui d'autre avez-vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

- 1.b.2 Combien de fois?

- 1.b.3 Combien de temps environ a duré chaque visite?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

1.b.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel communautaire

1.b.5 Quel type de service avez-vous reçu de cette personne?

Ne pas lire la liste. Cochez toutes les réponses en fonction de la description que l'on vous donne.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas |

1.c.1 Qui d'autre avez-vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

□ □ □ □

1.c.2 Combien de fois ?

□ □ □ □

1.c.3 Combien de temps environ a duré chaque visite?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

□ □ □ □

1.c.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel Communautaire

1.c.5 Quel(s) type(s) de service avez-vous reçu(s) de cette personne?

Ne pas lire, entrez tout ce qui s'applique selon la description.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> Thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas |

1.d.1 Qui d'autre avez-vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

□ □ □ □

1.d.2 Combien de fois?

□ □ □ □

1.d.3 Combien de temps environ a duré chaque visite

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

1.d.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel Communautaire

1.d.5 Quel(s) type(s) de service avez-vous reçu(s) de cette personne?

Ne pas lire, entrez tout ce qui s'applique selon la description.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> Thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas |

Qui d'autre avez-vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

1.e.2 Combien de fois?

1.e.3 Combien de temps environ a duré chaque visite ?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

1.e.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel Communautaire

1.e.5 Quel(s) type(s) de service avez-vous reçu(s) de cette personne?

Ne pas lire, entrez tout ce qui s'applique selon la description.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> examen des médicaments |
| <input type="checkbox"/> médication et thérapie combinée | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale/de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic/évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au revenu |
| <input type="checkbox"/> réunion de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire/alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé précis |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Sans Objet |

1.f.1 Qui d'autre avez-vous consulté à son cabinet ou à son bureau au cours du dernier mois?

1.f.2 Combien de fois?

1.f.3 Combien de temps environ a duré chaque visite ?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

1.f.4 Le cabinet ou le bureau où vous vous êtes rendu(e) est-il en milieu institutionnel (par exemple, dans un hôpital) ou en milieu communautaire (par exemple, une clinique communautaire)?

Institutionnel Communautaire

1.f.5 Quel(s) type(s) de service avez-vous reçu(s) de cette personne ?

Ne pas lire, entrez tout ce qui s'applique selon la description.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> examen des médicaments |
| <input type="checkbox"/> médicaments et thérapie combinés | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale/ de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostique/évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au revenu |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine alternative/complémentaire |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé précis |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Sans Objet |

2. Au cours du dernier mois, avez-vous discuté au téléphone avec un intervenant en soins de santé ou en services sociaux au sujet de vos besoins en matière de santé, de logement ou autre (pas seulement pour fixer un rendez-vous et ne pas inclure les lignes téléphoniques d'écoute de crise ou d'information santé)?

Si oui, posez les questions 2.a à 2.d. Garder seulement les appels avec les services donnant des soins directs.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

2.a.1 Avec qui avez-vous discuté au téléphone au cours du dernier mois?

Servez-vous des codes de la liste de codage #3.

2.a.2 Combien de fois ?

2.b.1 Avec qui d'autre avez-vous discuté au téléphone au cours du dernier mois?

2.b.2 Combien de fois ?

3. Au cours du dernier mois, avez-vous reçu la visite d'un intervenant en soins de santé ou en services sociaux chez vous ou ailleurs?

Si oui, posez les questions 3.a à 3.h. « Ailleurs » veut dire dans la rue, mais pas dans un organisme ou une organisation similaire.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

3.a.1 Qui vous a rendu visite?

Servez-vous des codes de la liste de codage #3.

3.a.2 Combien de fois?

3.a.3 Combien de temps environ a duré chaque visite

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant. S'il y a plus d'une visite, noter la durée typique ou moyenne d'une visite d'après toutes les visites effectuées.

3.a.4 Quel type de service avez-vous reçu de cette personne?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | |

3.b.1 Qui d'autre vous a rendu visite?

3.b.2 Combien de fois?

3.b.3 Combien de temps environ a duré chaque visite?

Inscrire la réponse en minutes et inscrire seulement le temps passé avec l'intervenant.

3.b.4 Quel type de service avez-vous reçu de cette personne?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gestion de cas | <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication |
| <input type="checkbox"/> Thérapie avec médication | <input type="checkbox"/> thérapie individuelle |
| <input type="checkbox"/> thérapie de groupe | <input type="checkbox"/> thérapie familiale ou de couple |
| <input type="checkbox"/> traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> physiothérapie ou ergothérapie | <input type="checkbox"/> aide au budget |
| <input type="checkbox"/> rencontre de probation | <input type="checkbox"/> médecine complémentaire ou alternative |
| <input type="checkbox"/> aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> aide au logement |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas |

À partir de maintenant, je vous poserai des questions au sujet des six derniers mois et non au sujet du dernier mois comme dans les questions précédentes. Alors, du [DATE] au [DATE] :

4. Avez-vous reçu des services dans un hôpital où vous n'êtes pas resté toute la nuit (par exemple un service de jour ou hôpital de jour); SANS compter l'urgence et SANS compter les analyses de laboratoire ni les tests de diagnostic ?

Si oui, posez les questions ci-dessous pour chaque endroit.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

- 4.a.1 (Première fois) Comment s'appelait le service de consultations externes ou le programme d'hôpital de jour que vous avez fréquenté?

Servez-vous du code de la liste de codage #4.

- 4.a.2 Si autre, demandez : Comment s'appelait cet endroit?

4.a.3

Si autre, demandez : Quel type de service avez-vous reçu?

- 4.a.4 Pendant combien de jours avez-vous suivi le programme ou à combien de rendez-vous êtes-vous allé(e)?

- 4.b.1 (Deuxième fois) Comment s'appelait le service de consultations externes ou le programme d'hôpital de jour que vous avez fréquenté?

- 4.b.2 Si autre, demandez : Comment s'appelait cet endroit?

- 4.b.3 Si autre, demandez : Quel type de service avez-vous reçu?

- 4.b.4 Pendant combien de jours avez-vous suivi le programme ou à combien de rendez-vous êtes-vous allé(e)?

- 4.c.1 (Troisième fois) Comment s'appelait le programme ou la clinique que vous avez fréquenté(e)?

- 4.c.2 Si autre, demandez : Comment s'appelait cet endroit?

- 4.c.3 Si autre, demandez : Quel type de service avez-vous reçu?

- 4.c.4 Pendant combien de jours avez-vous suivi le programme ou à combien de rendez-vous êtes-vous allé(e)?

5. Au cours des six derniers mois, avez-vous utilisé une ligne d'écoute téléphonique, appelé le 911 ou utilisé une ligne d'information sur la santé?

Si oui, posez les questions 5.a.1 et 5.a.2

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

5.a.1 Comment s'appelait la ligne téléphonique d'écoute de crise ou d'information sur la santé?

Servez-vous des codes de la liste de codage #5.

5.a.2 Combien de fois avez-vous téléphoné?

6. Au cours des six derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un groupe d'intervention en situation de crise?

Si oui, posez les questions ci-dessous pour chaque groupe d'intervention

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

6.a.1 (Premier groupe) Comment s'appelait le groupe?

Servez-vous des codes de la liste de codage #6.

6.a.2 Combien de fois ce groupe vous a-t-il rendu visite?

6.b.1 (Deuxième groupe) Comment s'appelait le deuxième groupe qui vous a rendu visite?

6.d Combien de fois ce groupe vous a-t-il rendu visite?

7. Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous rendu à l'urgence d'un hôpital?

Si oui, posez les questions 7.a et par la suite les questions pour chaque urgence visitée.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

7.a Approximativement combien de visites aux salles d'urgences avez-vous faits au total ?

7.a.1 (Première visite) Comment s'appelait l'hôpital où vous êtes allés la dernière fois aux urgences ?

Servez-vous des codes de la liste de codage #2.

7.a.2 Quelle était la raison de cette visite à l'urgence?

Notez la raison de cette visite d'après ce que la personne vous dit.« Autre » peut inclure : pour obtenir une ordonnance; pour se réchauffer, obtenir de la nourriture ou se reposer; parce qu'on l'y a forcé, etc.

Psychiatrique Médicale Autre Ne sait pas Refuse de répondre

7.b.1 (Deuxième visite) Comment s'appelait l'hôpital où vous êtes allés avant ça?

7.b.2 Quelle était la raison de votre visite aux urgences ?

Notez la raison de cette visite d'après ce que la personne vous dit.« Autre » peut inclure : pour obtenir une ordonnance; pour se réchauffer, obtenir de la nourriture ou se reposer; parce qu'on l'y a forcé, etc.

Psychiatrique Médicale Autre Ne sait pas Refuse de répondre S.O.

7.c.1 (Troisième visite) Et comment s'appelait cet hôpital où vous êtes allés avant ça?

7.c.2 Quelle était la raison de votre visite aux urgences ?

Notez la raison de cette visite d'après ce que la personne vous dit. « Autre » peut inclure : pour obtenir une ordonnance; pour se réchauffer, obtenir de la nourriture ou se reposer; parce qu'on l'y a forcé, etc.

- Psychiatrique Médicale Autre Ne sait pas Refuse de répondre S.O.

8. Au cours des six derniers mois, avez-vous été amené(e) en ambulance dans un hôpital?

Si oui, posez la question 8.a.

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

8.a Combien de fois environ avez-vous été transporté(e) en ambulance?

| | | |

9. Au cours des six derniers mois, êtes-vous allé(e) à un centre de jour, un lieu de repas communautaires ou un programme de repas (à l'exception des établissements où vous avez passé la nuit, mais inclue les refuges si vous N'ÊTES PAS RESTÉ POUR LA NUIT)?

Si oui, posez les questions ci-dessous pour chaque centre et posez 9.f à 9.i.

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

9.a.1 (Centre 1) Comment s'appelait cet endroit?

Servez-vous des codes de la liste de codage #7.

| | | |

9.a.2 Combien de fois y êtes-vous allé(e)?

| | | |

9.b.1 (Centre 2) Comment s'appelait cet endroit?

| | | |

9.b.2 Combien de fois y êtes-vous allé(e)?

| | | |

9.c.1 (Centre 3) Comment s'appelait cet endroit?

| | | |

9.c.2 Combien de fois y êtes-vous allé(e)?

| | | |

9.d.1 (Centre 4) Comment s'appelait cet endroit ?

| | | |

9.d.2 Combien de fois y êtes-vous allé(e)?

| | | |

9.e.1 (Centre 5) Comment s'appelait cet endroit ?

| | | |

9.e.2 Combien de fois y êtes vous allé(e)?

| | | |

9.f Avez-vous vu un médecin à l'un ou l'autre de ces endroits?

- Oui Non

9.g Quel type de services avez-vous reçus du médecin?

Ne lisez pas la liste; codez en fonction de ce que la personne vous dit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> consultation liée à la médication | <input type="checkbox"/> thérapie avec médication |
| <input type="checkbox"/> thérapie individuelle | <input type="checkbox"/> diagnostic ou évaluation |
| <input type="checkbox"/> examen physique général | <input type="checkbox"/> problème de santé spécifique |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | |

9.h Combien de fois avez-vous rencontré de médecin dans un centre?

9.i Combien de temps environ a duré la consultation?

Noter le temps approximatif de toutes les visites

10. Au cours des six derniers mois, êtes-vous allé(e) dans une banque alimentaire pour obtenir de la nourriture?

Si oui, posez la question 10.a.

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

10.a Combien de fois y êtes-vous allé(e)?

11. Plus tôt (ou dans la première entrevue) vous m'avez dit que vous avez eu (PROBLÈMES DE SANTÉ). Est-ce le cas?

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

11.a.1 Au sujet de [problème de santé 1] : au cours des six derniers mois, avez-vous reçu des traitements que vous n'avez PAS déjà mentionnés?

Si oui, poser la question 11.a. Si il ya plusieurs problèmes de santé, noter tous les détails pour le problème de santé qui est considéré comme le plus grave.

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

11.a.2 Si oui, décrivez-les :

11.b.1 Et au sujet de [problème de santé 2] : au cours des six derniers mois, avez-vous reçu des soins que vous n'avez PAS déjà mentionnés?

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre Ne s'applique pas

11.b.2 Si oui, décrivez-les :

11.c Avez-vous reçu d'autres soins pour traiter un problème de santé?

Si oui, demandez 11.c.i

- Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

11.c.i Si oui, décrivez-les :

Contacts avec les services judiciaire

J'aimerais maintenant discuter des services judiciaires que vous avez peut-être reçus au cours des six derniers mois. Ces renseignements sont nécessaires à l'étude afin de voir si le fait d'obtenir un logement aide à réduire certaines choses comme les contacts avec la police et la violence. Vos réponses sont confidentielles et serviront aux fins de l'étude de recherche uniquement. Une fois de plus, j'aimerais utiliser un calendrier pour nous aider à déterminer quels services vous avez reçus au cours des six derniers mois. Donc, lorsque je dis « au cours des six derniers mois », je veux dire de MOIS/ANNÉE jusqu'à aujourd'hui.

Contacts avec la police sans arrestation

12 Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec la police qui n'ont PAS entraîné d'arrestation, d'accusation ni de condamnation?

Par contacts, nous voulons dire n'importe quel moment où vous avez parlé directement à un policier à propos de n'importe quelle préoccupation ou n'importe quel moment où un policier a parlé directement avec vous.

Si oui, demandez 12.a. et posez par la suite les questions à chaque fois.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

12.a Combien de fois est-ce arrivé?

12.a.1 La dernière fois, pourquoi avez-vous été en contact avec ce policier?

Indication : par ex. victimisation, crise, autre demande d'aide, comportement potentiellement illégal? (Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

12.b.1 La fois précédente, pourquoi avez-vous été en contact avec ce policier?

Indication : par ex. victimisation, crise, autre demande d'aide, comportement potentiellement illégal?(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

12.c.1 Et la fois précédente, pourquoi avez-vous été en contact avec ce policier?

Indication : victimisation, crise, autre demande d'aide, comportement potentiellement illégal?(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

Contacts avec d'autres autorités locales

13. Au cours des 6 derniers mois, sans compter la police, avez-vous eu des contacts avec d'autres autorités locales, par exemple le personnel de sécurité dans des stationnements intérieurs, dans des centres commerciaux, dans le réseau de transport en commun ou ailleurs?

Si oui, demandez 13.a. et ensuite les questions à chaque fois

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

13.a Combien de fois?

13.a.1 La dernière fois, pourquoi avez-vous été en contact avec cette personne?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

13.b.1 La fois précédente, pourquoi avez-vous été en contact avec cette personne?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

13.c.1 Et la fois précédente, pourquoi avez-vous été en contact avec cette personne?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

Détention par la police pendant 24 heures ou moins

14. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été détenu(e) par la police ou amené(e) quelque part par la police (ailleurs que dans une cellule au poste de police)? Par exemple, la police vous a-t-elle amené(e) à l'hôpital, dans un refuge ou une résidence?

Si oui, demandez 14.a et 14.b. et ensuite les questions à chaque fois.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

14.a Combien de fois?

--	--	--	--

14.a.1 La dernière fois, pourquoi avez-vous été détenu(e) ou emmené(e) par la police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

14.b.1 La fois précédente, pourquoi avez-vous été détenu(e) ou emmené(e) par la police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

14.c.1 Et la fois précédente, pourquoi avez-vous été détenu(e) ou emmené(e) par la police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

15. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été détenu(e) dans une cellule au poste de police pendant 24 heures ou moins?

Indication : Cela inclut le fait d'être mis(e) dans une cellule de détention provisoire, par ex. en vertu de la Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété du Manitoba. Si oui, demandez 15.a et les questions suivantes à chaque fois.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

15.a Combien de fois?

--	--	--	--	--

15.b Combien d'heures?

(Intervieweur(e): inscrire la durée totale pour l'ensemble des incidents)

--	--	--	--	--

15.a.1

La dernière fois, pourquoi avez-vous été mis(e) dans une cellule au poste de police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

15.b.1 La fois précédente, pourquoi avez-vous été mis(e) dans une cellule au poste de police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

15.c.1 Et la fois précédente, pourquoi avez-vous été mis(e) dans une cellule au poste de police?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

Arrestations

16. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été arrêté(e)?

Si oui, demandez 16.a et les questions suivants pour chaque arrestation.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

16.a Combien de fois?

16.a.1 (Arrestation 1) La dernière fois, pourquoi avez-vous été arrêté(e)?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

16.a.2 Est-ce que cette arrestation a entraîné une accusation formelle?

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

16.a.3 Si oui, quelle a été cette accusation?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

16.b.1 (Arrestation 2) La fois précédente, pourquoi avez-vous été arrêté(e)?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

16.b.2 Est-ce que cette arrestation a entraîné une accusation formelle?

S'il n'y a eu qu'une arrestation, cochez Sans objet

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre Sans Objet

16.b.3 Si oui, quelle a été cette accusation?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

16.c.1 (Arrestation 3) Et la fois précédente, pourquoi avez-vous été arrêté(e)?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

16.c.2 Est-ce que cette arrestation a entraîné une accusation formelle?

S'il n'y a eu qu'une arrestation, cochez Sans objet

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre Sans Objet

16.c.3 Si oui, quelle a été cette accusation?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

Comparutions devant un tribunal

17. Avez-vous comparu devant un tribunal au cours des six derniers mois?

Si oui, demandez 17.a et les questions suivantes pour chaque comparution et rappeler au participant que nous sommes seulement intéressés aux derniers 6 mois.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

17.a Combien de fois?

17.a.1 (Comparution 1) La dernière fois, pourquoi avez-vous comparu devant un tribunal?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

17.a.2 Devant quel type de tribunal avez-vous comparu?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tribunal civil (par ex. petites créances) | <input type="radio"/> Cour criminelle |
| <input type="radio"/> Tribunal de la famille | <input type="radio"/> Tribunal de la circulation routière |
| <input type="radio"/> Déjudiciarisation (tribunal de traitement de la toxicomanie, tribunal de santé mentale) | <input type="radio"/> Commission d'examen ou de révision (libération conditionnelle, probation, santé mentale) |
| <input type="radio"/> Autre (par ex. location résidentielle) | <input type="radio"/> Ne sait pas |
| <input type="radio"/> Refuse de répondre | |

17.a.3 Si autre, précisez :

17.b.1 (Comparution 2) La fois précédente, pourquoi avez-vous comparu devant un tribunal?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

17.b.2 Devant quel type de tribunal avez-vous comparu?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tribunal civil (par ex. petites créances) | <input type="radio"/> Cour criminelle |
| <input type="radio"/> Tribunal de la famille | <input type="radio"/> Tribunal de la circulation routière |
| <input type="radio"/> Déjudiciarisation (tribunal de traitement de la toxicomanie, tribunal de santé mentale) | <input type="radio"/> Commission d'examen ou de révision (libération conditionnelle, probation, santé mentale) |
| <input type="radio"/> Autre (par ex. location résidentielle) | <input type="radio"/> Ne sait pas |
| <input type="radio"/> Refuse de répondre | <input type="radio"/> Sans Objet |

17.b.3 Si autre, précisez :

17.c.1 (Comparution 3) Et la fois précédente, pourquoi avez-vous comparu devant un tribunal?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

17.c.2 Devant quel type de tribunal avez-vous comparu?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tribunal civil (par ex. petites créances) | <input type="radio"/> Cour criminelle |
| <input type="radio"/> Tribunal de la famille | <input type="radio"/> Tribunal de la circulation routière |
| <input type="radio"/> Déjudiciarisation (tribunal de traitement de la toxicomanie, tribunal de santé mentale) | <input type="radio"/> Commission d'examen ou de révision (libération conditionnelle, probation, santé mentale) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Refuse de répondre | <input type="radio"/> Sans Objet |

17.c.3 Si autre, précisez :

Programmes de services judiciaires

18. Avez-vous pris part à un programme de services judiciaires [par ex. programmes de déjudiciarisation tels que tribunal de traitement de la toxicomanie ou tribunal de santé mentale], à un programme de justice autochtone ou de justice réparatrice, ou à un programme de services d'aide aux victimes au cours des derniers 6 mois?

Si oui, demandez 18.a et les questions suivantes pour chaque programme.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

- 18.a À combien de programmes avez-vous participé?

□ □ □

- 18.a.1 Concernant le premier programme : de quel type de programme s'agissait-il?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

- 18.b.1 Concernant le deuxième programme : de quel type de programme s'agissait-il?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

- 18.c.1 Concernant le troisième programme : de quel type de programme s'agissait-il?

(Notez ce que la personne dit dans ses propres mots)

Victimisation

Je vous remercie d'avoir fait preuve de patience et de franchise en répondant à ces questions. J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet d'événements malheureux qui vous sont peut-être arrivés au cours des six derniers mois. Je vous rappelle que vous pouvez refuser de répondre à ces questions en tout temps.

19. Au cours des six derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a volé ou a essayé de vous voler quelque chose en ayant recours à la force ou en vous menaçant d'avoir recours à la force?

Si oui, demandez 19.a.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

- 19.a Combien de fois cela s'est-il produit?

□ □ □ □

20. Au cours des six derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a menacé(e) de vous frapper ou de vous attaquer, ou vous a menacé(e) avec une arme?

Si oui, demandez 20.a.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

- 20.a Combien de fois cela s'est-il produit?

□ □ □ □

21. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a frappé(e) ou attaqué(e)? « Attaqué(e) » veut dire par exemple que quelqu'un vous a frappé(e), donné des claques, poussé(e) ou empoigné(e), ou a tiré sur vous ou vous a battu(e).

Si oui, demandez 21.a

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

21.a Combien de fois cela s'est-il produit?

22. Au cours des six derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé(e) ou a essayé de vous forcer à vous livrer à une activité sexuelle non désirée, en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous faisant mal d'une façon ou d'une autre?

Si oui, demandez 22.a.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

22.a Combien de fois cela s'est-il produit?

23. Mis à part ce que vous m'avez dit, avez-vous été victime d'autres crimes au cours des six derniers mois, qui ont été signalés ou non à la police?

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

Effets secondaires des médicaments d'ordonnance

Les dernières questions sont à propos des effets secondaires des médicaments prescrits par un médecin que vous avez pris au cours des six derniers mois.

Effets secondaires des médicaments prescrits

24. Au cours des six derniers mois, avez-vous connu des effets secondaires causés par des médicaments prescrits par un médecin?

Si oui, posez les questions 24.a et 24.b. Si la personne N'A PAS pris de médicaments, entrez S.O.

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre S.O.

24.a Veuillez évaluer à quel point ces effets secondaires ont perturbé votre vie quotidienne au cours des six derniers mois; diriez-vous : pas du tout, un peu, jusqu'à un certain point, ou beaucoup?

Pas du tout Un peu Jusqu'à un certain point Beaucoup
 Ne sait pas Refuse de répondre

24.b Au cours des six derniers mois, avez-vous cessé de prendre un médicament prescrit par un médecin à cause de ses effets secondaires?

Oui Non Ne sait pas Refuse de répondre

25. S'il vous plaît enregistrer les circonstances spéciales qui peuvent aider à interpréter les réponses du participant.

Merci beaucoup pour toute l'information que vous avez bien voulu partager avec moi aujourd'hui - celle-ci est vraiment importante pour comprendre comment le logement e

Annexe 8. Questionnaire: Historique professionnel rétrospectif – extrait de la section portant sur les revenus

Revenu – trois derniers mois

8. Maintenant, je voudrais vous demander quel a été votre revenu pour chacun des trois derniers mois. Veuillez noter que cette information restera strictement confidentielle et que seuls les chercheurs en prendront connaissance.

8.a Pour le mois de [MM AAAA], quel a été votre revenu total?

Inscrire la somme en dollars et en cents, par ex. 13,50. Inscrire 0.00 si aucun revenu.

| | | | | | | |

De ce revenu, quelle somme venait de chacune des sources suivantes?

8.b Rémunération provenant d'un travail régulier (où le nombre d'heures par semaine est FIXE)

| | | | | | | |

8.c Rémunération provenant d'un travail occasionnel (où le nombre d'heures par semaine n'est PAS fixe)

| | | | | | | |

8.d Assurance-chômage ou assurance-emploi

| | | | | | | |

8.e Rente d'invalidité (PAAF en Ontario, Solidarité sociale au Québec)

| | | | | | | |

8.f Aide sociale ou aide au revenu (OT en Ontario)

| | | | | | | |

8.g Pension publique, y compris sécurité de la vieillesse ou pension d'ancien combattant

| | | | | | | |

8.h Rente d'invalidité privée

| | | | | | | |

8.i Faire la manche (mendier)

| | | | | | | |

8.j Jouer d'un instrument ou chanter dans la rue (pour de l'argent)

| | | | | | | |

8.k Vente de journaux ou d'artisanat

| | | | | | | |

8.l Collecte et recyclage (par ex. bouteilles ou ferraille)

| | | | | | | |

8.m Laver des vitres d'autos

| | | | | | | |

8.n Autres sources ?

Si oui, veuillez spécifier

Oui Non

8.n.1 « Autres sources » inclut le soutien accordé par la famille, un travail géré par le client ainsi que le revenu provenant d'autres activités comme faire de la prostitution ou vendre de la drogue, auxquelles vous avez peut-être eu recours pour survivre dans la rue. Si vous désirez m'en parler, nous garderons ces renseignements confidentiels, mais comme pour les autres questions, vous n'êtes pas obligé(e) de répondre.

Notez la ou les sources de revenu d'après ce que la personne vous dit.

8.n.2 Combien d'argent avez-vous reçu de ces autres sources?

Inscrire la somme en dollars et en cents, par ex. 13,50.

| | | | | | | |

9. Personne qui fait passer l'entrevue : Veuillez additionner les montants provenant de toutes les sources mentionnées ci-dessus, puis poser la question 9.a et rectifier si nécessaire.

| | | | | | | |

9.a Est-ce que ce total semble juste? (Sinon, veuillez réviser les montants qui composent le total)

Oui Non

Annexe 9. Estimation de la proportion du temps rémunéré passé face à face avec le client par les intervenants

1) Estimation de la proportion de temps passé par les intervenants face à face avec les clients par les intervenants recevant des clients au bureau

Nous avons tenté d'estimer, dans le meilleur de nos capacités, le temps passé en contact face à face. Le temps passé face à face n'est habituellement pas collecté par les bases de données administratives des équipes cliniques. Dans la pratique, ce qui est enregistré comme temps direct est le temps qui peut être attribué directement au client, que ce soit en contact direct ou au nom du client. Ainsi, peu d'articles scientifiques ont été publiés sur le sujet. Une recherche dans la littérature a confirmé ce fait. Un seul article comprenant des données sur le temps passé face-à-face a été repéré. Deux échantillons de convenance ont été formés, constitués principalement des données des équipes du projet Chez Soi et de l'Institut Douglas.

Tableau XXXVI Temps Intervenants passé face à face avec le client par des intervenants travaillant dans en clinique externe

Sources	% du temps passé face à face avec le client	Commentaires
Emploi du temps d'infirmière clinicienne travaillant dans un programme pour les troubles bi-polaires (Glick, 2004)	40 %	Avantage: Basé sur des données quantitatives Inconvénient : Basé sur un seul programme américain.
Amine Saadi, Chef clinique du programme des troubles psychotiques à l'Institut Douglas	60 – 70 %	Basé sur des estimés subjectifs
André Mpiana, Chef clinique du programme des troubles de l'humeur, anxieux et impulsif de l'Institut Douglas	Infirmier: 36 % Autres professionnels de santé: 38%	Le pourcentage de temps passé face à face avec un client varie avec le nombre de visites. L'objectif des intervenants est de rencontrer 4 clients par jour. Les entretiens durent entre 30 à 50 minutes (moyenne de 40 minutes). Les infirmières travaillent 7 ½ heures par jour et les autres professionnels travaillent 7 heures par jour.
Clinique en santé mentale à Toronto. Contacté par Brianna Kopp, Analyste de recherche au projet Chez Soi	37.5 %	Visites face à face: 15 heures sur 40 par semaine.

Pourcentage estimé du temps passé face à face : 38%.

Les cinq estimés obtenus varient de 35% à 65%. La médiane est de 38%. Cette mesure n'est pas inconsistante avec le pourcentage de temps estimés sur le temps passé directement sur des activités reliées au client qui a été estimé dans une étude précédente : Une étude par échantillon de travail (Stevenson, Caverly, Srebnik, & Hendryx, 1999) a révélé que les intervenants de centre communautaires de santé mentale utilisaient 51% (+/- 3.03%) de leur temps dans des activités directement reliées au client (ex : appels téléphoniques, rencontre et temps face-à-face).

2) Temps passé face à face par des intervenants travaillant dans des programmes de soutien communautaire

Tableau XXXVII Temps Intervenants passé face à face avec le client par des intervenants travaillant dans des programmes de soutien communautaire

Source	%	Commentaires
Clinique en santé mentale à Toronto (même que la précédente) Contacté par Brianna Kopp, Analyste de recherche au projet Chez Soi	62.5%	25 heures sur 40 par semaine en contact face à face, dont 4 heures de transport. Les contacts face à face sont relativement long.
Équipe de suivi d'intensité variable du CSSS Jeanne-Mance (Projet Chez Soi)	41.4%	Basé sur des données administratives. Le nombre d'heures passées face à face avec les clients ont été divisé un estimé des heures travaillées.
Équipe de suivi d'intensité variable de Diogène (Projet Chez Soi)	24.7%	Basé sur des données administratives. Le nombre d'heures passées face à face avec les clients ont été divisé un estimé des heures travaillées.
Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance. Source: Claire Thiboutot, Chef de programmes spécifiques.	Moyenne: 57%	Cette équipe travaille directement en collaboration avec le Service de police de la ville de Montréal

Pourcentage estimé : 49%.

Les quatre estimés obtenus varient entre 35% et 62.5%. La moyenne et la médiane de ces valeurs est de 49%. Une étude portant sur le temps direct et indirect passé par les intervenants d'équipe de suivi intensif a estimé les pourcentages de temps direct de quatre équipes de suivi intensif.

Les pourcentages rapportés sont de 54%, 60%, 51,4% et 68,6%. L'estimé de temps passé face à face, étant en-dessous du temps de contact direct estimé, valide en partie ces résultats.

Il peut paraître surprenant que les pourcentages estimés pour des équipes effectuant du soutien communautaire soit plus élevé que pour les équipes travaillant dans une clinique et n'ayant pas de déplacement à effectuer. Dans le cas de l'équipe de Toronto, cela peut être expliqué par une durée de visite plus longue. Les intervenants opérant dans la communauté semblent rencontrer moins de clients pour une plus grande période de temps comparativement aux intervenants travaillant dans des cliniques.

Annexe 10. Institut Douglas : Allocation des ressources pour desservir les centres d'activités principaux

Ces pourcentages ont été compilés par Angela Ly avec la collaboration de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Les nombres à 4 chiffres correspondent à des centres d'activités du rapport AS-471 que doivent effectuer les établissements de santé annuellement. La description de ces centres d'activités est disponible dans le manuel de gestion financière du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux).

6000 – Administration des soins

Basé sur le nombre d'infirmiers et d'auxiliaires en 2011

Centre d'activités	%
6010	5 %
6020	36 %
6030	18 %
6240	7 %
6270	0 %
6280	3 %
6320	2 %
6330	12 %
6430	3 %
6600	0 %
6900	13 %

6320 - Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Basé sur le nombre d'heures payées en 2009-2010

Centre d'activités	%
6010	6 %
6020	27 %
6030	6 %
6240	9 %
6280	12 %
6300	0 %
6330	35 %
6880	4 %

6390 – Service de pastorale

Basé sur une entrevue avec le chef de service

Centre d'activités	%
6010	1 %
6020	15 %
6030	17 %
6440	30 %
6240	2 %
6280	10 %
6270	10 %
6890	2 %
6900	10 %
6970	2 %
7010	1 %

6600 – Laboratoires de biologie médicale

Basé sur une entrevue avec un technicien de laboratoire

Activités	%
Patients admis	44 %
Cliniques externes	44 %
Urgences	5 %
Recherche	1 %
Employés	5 %

6564 - Psychologie

Basé sur le nombre de psychologues dans chaque centre d'activités

Centre d'activités	%
6010	8 %
6270	6 %
6280	32 %
6330	42 %
6900	10 %
7010	2 %

6565 – Services sociaux

Basé sur le nombre de travailleurs sociaux dans chaque centre d'activités selon le bottin téléphonique

Centre d'activités	%
6010	2 %
6020	18 %
6030	9 %
6240	2 %
6270	14 %
6280	9 %
6330	25 %
6430	11 %
6900	5 %
7010	5 %

6870 - Physiothérapie

Basé sur la liste d'attente de 2010

Centre d'activités	%
6010	2 %
6020	20 %
6030	56 %
6270	22 %

6710 - Électrophysiologie

Basé sur le nombre d'électrocardiographie et le nombre d'électroencéphalogramme en 2010.

Centres d'activités	%
6010	5 %
6020	43 %
6030	22 %
5510	1 %
6240	1 %
6280	2 %
6270	1 %
6330	26 %

6830 – Imagerie médicale

Basé sur le nombre de dossiers enregistrés par le technicien de radiologie entre décembre et mai 2010.

Centre d'activités	%
6010	4 %
6020	50 %
6030	13 %
6270	32 %
6900	1 %

6880 - Ergothérapie

Basé sur le nombre d'ergothérapeutes dans les centres d'activités selon l'annuaire téléphonique de 2011

Centre d'activités	%
6020	13 %
6030	20 %
6270	7 %
6280	20 %
6330	33 %
7010	7 %

6890 – Animation - Loisirs

Basé sur une entrevue avec le chef de programme

Activités	%
Patients admis	5 %
Cliniques externes	95 %

7203 - Bibliothèque

Basé sur une entrevue avec une technicienne bibliothécaire

Centre d'activités	%
6010	10 %
6020	20 %
6030	20 %
6430	10 %
6240	2 %
6880	5 %
6890	1 %
6900	2 %
6000	15 %
Recherche	15 %

7554 – Alimentation autres

Basé sur le nombre de repas servis

Centre d'activités	%
6010	4 %
6020	26 %
6030	7 %
6240	5 %
6280	4 %
6270	53 %
6970	1 %

7690 – Transport externe usagers

Basé sur le nombre de transports pour mars 2010, janvier 2011 et février 2011

Centre d'activités	%
6970	20 %
6020	36 %
7010	22 %
6280	11 %
6890	9 %
6430	1 %
6010	0.1%

6800 - Pharmacie

La répartition exacte des dépenses de pharmacie avec la base de données financières des établissements de santé disponible sur l'Espace montréalais d'information sur la santé.

Annexe 11. Organismes communautaires utilisés pour estimer le coût par visite

Les états financiers ont été obtenus sur le site web de l'organisme ou à travers la Direction des organismes de bienfaisance de Revenu Canada. Les rapports d'activités ont été obtenus sur le site web de l'organisme ou à travers l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Plusieurs rapports ont été consultés. Cependant, seulement quelques rapports ont pu être utilisés.

Les centres de jour qui ont contribué au calcul du coût unitaire moyen par visite sont : (Accueil Bonneau, 2010 #183}, (Mission Toit Rouge, 2010; Chez Doris, 2010; Open Door, 2010), Sac-à-dos, 2010 #187}, (Rue des femmes, 2010; Centre Denise-Massé, 2010; Centre d'amitié autochtone, 2010; Comité social Centre-Sud, 2010; Rézo, 2010; Carrefour d'entraide de Lachine, 2010; Métha d'âme, 2010).

Les organismes dont les rapports ont contribué au calcul du coût moyen d'un programme de repas sont : (Multi-Caf, 2010; Chic Resto Pop, 2010; Chic Resto Pop, 2010; Cafétéria communautaire, 2010; Dîners-rencontres Saint-Louis de Gonzague, 2010) (Relais communautaire de Laval, 2010; Relais communautaire de Laval, 2010).

Annexe 12. Analyse statistique comparant le nombre d'utilisateurs et le coût d'utilisation de services par les utilisateurs entre les groupes Housing First et les groupes services usuels

Le modèle de régression probit compare le nombre d'utilisateurs du service entre le groupe HF et le groupe SU pour les participants ayant des besoins élevés et modérés. Un coefficient négatif signifie qu'il y a moins d'utilisateurs du service pour le groupe HF comparativement au groupe SU. Un coefficient positif signifie qu'il y a plus d'utilisateurs du service pour le groupe HF.

Le modèle linéaire généralisé compare le coût d'utilisation de service des utilisateurs des groupes HF et SU pour les participants ayant des besoins élevés et modérés. Un coefficient négatif signifie un coût moins élevé parmi les utilisateurs du service du groupe HF comparativement aux utilisateurs du service du groupe SU. Un coefficient positif signifie un coût plus élevé parmi les utilisateurs du groupe HF.

Étant donné le nombre de comparaisons, une différence est considérée statistiquement significative si $p < 0,01$.

Voir la section 4.1.4 pour plus d'explications sur l'analyse statistique qui a été effectuée.

Tableau XXXVIII Différences dans les coûts de services (utilisateurs vs. non-utilisateurs; coûts pour les utilisateurs) entre les groupes Housing First et les groupes services usuels sur une période de 24 mois

	Besoins Élevés				Besoins Modérés			
	Coeffi- cient	Écart- type	t	P>(t)	Coeffi- cient	Écart- type	t	P>(t)
Visites auprès d'intervenants dans la communauté	Probit	0,275	-0,060	0,953	-0,404	0,252	-1,610	0,109
	GLM	1,502	0,182	8,260	0,000	0,126	7,060	0,000
Cliniques externes (hôpital)	Probit	0,216	-0,630	0,530	0,265	0,160	1,660	0,097
	GLM	-1,281	0,352	-3,640	-0,361	0,314	-1,150	0,251
Appels téléphoniques (ligne d'écoute, info-santé, 9-1-1)	Probit	0,210	0,270	0,789	0,255	0,162	1,580	0,115
	GLM	0,006	0,652	0,010	0,240	0,323	0,740	0,457
Visites par une équipe de gestion de crise	Probit	0,233	0,270	0,789	0,068	0,197	0,340	0,731
	GLM	0,027	0,412	0,060	-0,705	0,336	-2,100	0,036
Visites à l'urgence	Probit	0,242	-0,620	0,533	-0,286	0,188	-1,520	0,128
	GLM	0,204	0,258	0,790	-0,160	0,155	-1,040	0,300
Transports ambulanciers	Probit	0,221	0,060	0,951	0,146	0,158	0,920	0,358
	GLM	-0,015	0,191	-0,080	-0,151	0,205	-0,730	0,463
Organismes communautaires	Probit	0,244	0,210	0,833	-0,240	0,198	-1,210	0,225
	GLM	0,219	0,212	1,030	-0,605	0,199	-3,040	0,002
Banques alimentaires	Probit	0,238	5,340	0,000	0,554	0,171	3,240	0,001
	GLM	-0,064	0,287	-0,220	0,522	0,180	2,910	0,004
Contacts avec la police	Probit	0,248	0,070	0,944	0,097	0,171	0,570	0,570
	GLM	-0,241	0,364	-0,660	-0,898	0,389	-2,310	0,021
Transports ou détentions par la police	Probit	0,211	-1,130	0,258	-0,069	0,177	-0,390	0,695
	GLM	-0,396	0,395	-1,000	0,758	0,524	1,450	0,148
Détentions dans une cellule du poste de police	Probit	0,237	-0,980	0,326	0,055	0,189	0,290	0,770
	GLM	-0,138	0,340	-0,410	-0,430	0,237	-1,810	0,070
Arrestations	Probit	0,215	-1,230	0,219	0,170	0,173	0,980	0,326
	GLM	0,155	0,266	0,580	-0,563	0,225	-2,500	0,012
Comparutions	Probit	0,212	-0,480	0,629	-0,132	0,164	-0,800	0,422
	GLM	-0,151	0,175	-0,860	-0,019	0,174	-0,110	0,914

	Besoins Élevés				Besoins Modérés				
	Coeffi- cient	Écart- type	t	P>(t)	Coeffi- cient	Écart- type	t	P>(t)	
Centres d'hébergements	Probit	-0,478	0,317	-1,510	0,132	0,144	0,200	0,720	0,472
	GLM	-1,977	0,485	-4,080	0,000	-1,222	0,203	-6,010	0,000
Logements sociaux	Probit	-0,587	0,282	-2,080	0,037	-1,001	0,206	-4,860	0,000
	GLM	-0,694	0,278	-2,500	0,013	-0,344	0,227	-1,510	0,130
Refuges	Probit	-0,308	0,257	-1,200	0,230	-0,178	0,202	-0,880	0,378
	GLM	-0,937	0,217	-4,320	0,000	-1,167	0,147	-7,920	0,000
Centres de réadaptation en dépendance	Probit	-0,350	0,246	-1,420	0,155	0,065	0,191	0,340	0,734
	GLM	-0,515	0,432	-1,190	0,234	-0,415	0,274	-1,510	0,131
Ressources résidentielles santé mentale	Probit	-0,420	0,376	-1,120	0,264	-0,425	0,369	-1,150	0,250
	GLM	-0,440	0,655	-0,670	0,502	0,057	0,564	0,100	0,920
Services correctionnels	Probit	0,136	0,223	0,610	0,543	-0,075	0,188	-0,400	0,689
	GLM	-0,901	0,408	-2,210	0,027	0,218	0,495	0,440	0,659
Hospitalisations santé physique	Probit	-0,239	0,228	-1,050	0,295	0,102	0,185	0,550	0,582
	GLM	0,069	0,380	0,180	0,856	-1,021	0,520	-1,970	0,049
Hospitalisations psychiatrie	Probit	-0,133	0,218	-0,610	0,542	0,351	0,200	1,750	0,079
	GLM	-0,328	0,295	-1,110	0,265	0,494	0,339	1,460	0,145